

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE PSICOLOGIA



**TRAUMA PSICOLÓGICO, RESILIÊNCIA E
CRESCIMENTO PÓS-TRAUMÁTICO: A EXPERIÊNCIA
DO ENCARCERAMENTO**

Filipa Inês Coimbra Anjos Barbosa da Silva

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde – Psicologia Clínica Sistémica

2020

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE PSICOLOGIA



**TRAUMA PSICOLÓGICO, RESILIÊNCIA E
CRESCIMENTO PÓS-TRAUMÁTICO: A EXPERIÊNCIA
DO ENCARCERAMENTO**

Filipa Inês Coimbra Anjos Barbosa da Silva

Dissertação orientada pela Professora Doutora Maria Teresa Ribeiro

Dissertação coorientada pela Doutora Joana Faria Anjos

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde – Psicologia Clínica Sistémica

2020

*“Dois homens olharam
através das grades da prisão:
um viu a lama, o outro as estrelas.”*

- Autor desconhecido

Agradecimentos

*Um agradecimento enorme à **Pfª Drª Maria Teresa Ribeiro**, por todo o apoio incondicional durante este último ano, pelo conhecimento partilhado, pela paciência, pela orientação, pelos reforços positivos, pelas palavras de incentivo e motivação, pela atenção, compreensão e pelo carinho.*

*Obrigada à **Drª Joana Faria**, por acreditares em mim e por me teres acompanhado nesta aventura carregada de responsabilidade. Obrigada pelo exemplo enquanto profissional e enquanto pessoa. Obrigada pela amabilidade com que me recebeste. Obrigada pela liderança. Obrigada por seres um anjo da guarda e acreditares em mim.*

*Obrigada aos meus **filhos** por me abraçarem todos os dias, pelos beijinhos, traquinices e pelos sorrisos que enchem o meu coração. Obrigada por serem a minha motivação diária . É por mim, mas também por vocês!*

*Um grande agradecimento aos meus **pais**, que mesmo estando longe, fazem um esforço incansável. Obrigada por permitirem a realização dos meus sonhos.*

*Obrigada à minha **família**, e em especial, aos meus **irmãos**, por me ensinarem tanto todos os dias e por me acompanharem nesta grande aventura que é a vida. Obrigada por me ajudarem a ultrapassar os desafios e a celebrar as conquistas.*

*Obrigada aos meus **amigos**, por acreditarem mais em mim do que eu própria e por ouvirem as minhas crises existenciais. Obrigada pelas palavras de conforto em momentos de maior dificuldade e pelas gargalhadas incontáveis nos últimos anos. Obrigada pela vossa amizade e lealdade.*

*Um agradecimento especial a todos os **participantes** que colaboraram na investigação. Obrigada pela partilha, pela disponibilidade e por terem confiado em mim.*

Não seria possível sem todos vocês. Obrigada!

Resumo

A literatura tem vindo a focar a área do trauma psicológico, no entanto, existe ainda uma necessidade de aprofundamento científico sobre a variabilidade de respostas e adaptação face a eventos potencialmente traumáticos, nomeadamente o encarceramento, e a sua relação com a resiliência e o crescimento pós-traumático. Neste sentido, a presente investigação tem como objetivo principal tentar perceber de que forma as características da situação vivida (encarceramento) se relacionam com a resiliência e o crescimento pós-traumático (CPT).

O estudo contou com a participação de 6 indivíduos, ex-reclusos, do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 21 e os 33 anos de idade, e que viveram em estabelecimentos prisionais durante, pelo menos, 12 meses. Trata-se de uma investigação qualitativa, de carácter exploratório, no entanto, foram também utilizados instrumentos quantitativos como complemento. Os dados foram recolhidos através de entrevistas semiestruturadas, Questionário Sociodemográfico, *Connor-Davidson Resilience Scale* (2003) e *Posttraumatic Growth Inventory* (1996).

Os resultados demonstram associações e relações entre as várias variáveis, nomeadamente um nível de associação moderado entre a resiliência e o crescimento pós-traumático, correlação negativa entre o tempo de pena e o CPT, associação positiva entre o sofrimento psicológico e o CPT, resiliência e suporte social adequado, e estratégias de *coping* e CPT.

Palavras-chave: Trauma Psicológico, Evento Potencialmente Traumático, Encarceramento, Aprisionamento, Resiliência, Crescimento Pós-traumático.

Abstract

The literature has been focusing on the area of psychological trauma, however, there is still a need for scientific deepening on the variability of responses and adaptation in the face of potentially traumatic events, specifically incarceration, and its relationship with resilience and post-traumatic growth. In this sense, the present investigation has as main objective to try to understand how the characteristics of the situation experienced (incarceration) are related to resilience and post-traumatic growth (PTG).

The study involved the participation of 6 individuals, ex-prisoners, males, aged between 21 and 33 years old, and who lived in prison for at least 12 months. It is a qualitative research, with an exploratory character, however, quantitative instruments were also used as a complement. Data were collected through semi-structured interviews, Sociodemographic Questionnaire, Connor-Davidson Resilience Scale (2003), and Post-traumatic Growth Inventory (1996).

The results demonstrate associations between the various variables, specifically a moderate level of association between resilience and post-traumatic growth, a negative correlation between time spent in prison and PTG, a positive association between psychological suffering and PTG, resilience and adequate social support, and coping strategies and PTG.

Keywords: Psychological Trauma, Potentially Traumatic Event, Incarceration, Imprisonment, Resilience, Post-traumatic Growth.

Índice

1. Introdução.....	1
2. Enquadramento Teórico	2
2.1 Evento Potencialmente Traumático e Trauma Psicológico	2
2.2 Encarceramento como EPT – impacto psicológico	4
2.3 Resiliência.....	11
2.4 Crescimento Pós-Traumático.....	14
3. Método	17
3.1 Metodologia	17
3.2 Questão de Investigação Inicial	18
3.3 Mapa conceptual	18
3.4 Objetivos de Investigação	19
3.4.1 Objetivo geral.....	19
3.4.2 Objetivos específicos.....	19
3.5 Questões de Investigação.....	20
3.6 Participantes e caracterização da amostra.....	20
3.7 Medidas e instrumentos utilizados.....	22
3.7.1 Entrevista Semiestruturada.....	22
3.7.2 CD-RISC	23
3.7.3 ICPT	23
3.7.4 Questionário Sociodemográfico.....	24
3.8 Procedimento de Recolha de Dados	24
3.9 Procedimento de Análise de Dados	25
4. Resultados e discussão	26
4.1 Exposição Traumática.....	26
4.2 Sintomatologia Psicológica.....	33
4.3 Suporte Social	36
4.4 Estratégias de <i>coping</i> e envolvimento em atividades e programas.....	38
5. Conclusão e Limitações	41
Referências	44
ANEXOS.....	53
Anexo I – Guião da Entrevista Semiestruturada.....	54
Anexo II – Consentimento Informado	56

Anexo III – CD-RISC	57
Anexo IV – ICPT	59
Anexo V – Questionário Sociodemográfico	61

Índice de Figuras

Figura 1 – Mapa Conceptual.....	19
Figura 2 – Estado Civil	21
Figura 3 – Filhos	21
Figura 4 – Religião	21
Figura 5 – Habilitações Literárias.....	21
Figura 6 – Situação Profissional	21
Figura 7 – Acompanhamento Psicológico/Psiquiátrico.....	21
Figura 8 – Tempo de Pena	22
Figura 9 – Tipo de Crime Cometido	22

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Estatísticas Descritivas da Resiliência e do CPT.....	28
Tabela 2 – Correlação entre o resultado total da CD-RISC e do ICPT	29
Tabela 3 – Correlação entre o tempo de pena e o resultado total da CD-RISC.....	29
Tabela 4 – Correlação entre o tempo de pena e o resultado total do ICPT.....	29
Tabela 5 – Resultados individuais da CD-RISC e do ICPT e média de cada grupo ..	31
Tabela 6 – Comparação entre o resultado do CPT e o nº de referências a CPT	32
Tabela 7 – Sintomatologia apresentada de acordo com o tempo de pena	35
Tabela 8 – Comparação entre o resultado do ICPT e o sofrimento psicológico	36
Tabela 9 – Comparação entre a resiliência (CD-RISC) e o suporte social.....	38
Tabela 10 – Comparação entre o nível de CPT (ICPT) e as estratégias de <i>coping</i>	39
Tabela 11 – Comparação entre o nível de CPT (ICPT) e atividades/programas	41

1. Introdução

À luz da complexidade sistêmica, e de acordo com o Modelo Bioecológico de Bronfenbrenner (Modelo PPCT: Pessoa, Processo, Contexto e Tempo), a interação entre os indivíduos e os contextos em que os mesmos estão inseridos contribuem para o desenvolvimento humano.

O indivíduo é um agente ativo, que pode modificar ou reconstruir o seu contexto, tendo características pessoais e individuais (componente biológica – aspetos neurológicos e genéticos) e características desenvolvidas através dos processos proximais. Estes processos representam interações contínuas e recíprocas que o indivíduo estabelece com os outros (pessoas, objetos e/ou símbolos) ao longo do tempo, e que contribuem para o seu desenvolvimento.

A terceira componente do Modelo PPCT é o contexto – sistemas ecológicos em que o indivíduo está inserido – e engloba quatro níveis: microssistema – ambiente mais próximo e imediato, caracterizado por um padrão de relações interpessoais do indivíduo e que contribuem para o seu desenvolvimento (e.g. família, amigos, companheiros de cela, etc.); mesossistema – interações, ligações e processos entre dois ou mais ambientes do microssistema (e.g. relação entre a família e os serviços prisionais); exossistema – interação e interconexão entre dois ou mais ambientes, sendo que em um deles o indivíduo não está inserido, mas que o afetam indiretamente; e, por último, macrossistema – consistência e possibilidades disponíveis em determinada cultura ou subcultura que têm implicações nos contextos mais imediatos do indivíduo e que delimitam/influenciam o desenvolvimento humano.

Este desenvolvimento implica estabilidade e mudança ao longo do tempo, não só do indivíduo, como dos próprios contextos em que se insere e engloba transições do ciclo de vida, normativas ou não normativas, que impulsionam a mudança desenvolvimental (Bronfenbrenner, 1979; 1986; 2005; Faria-Anjos, 2019).

No decurso da vida, muitas pessoas são expostas a fatores de stress extremo e podem experienciar eventos potencialmente traumáticos (WHO, 2003). A vivência e exposição a esses stressores constituem um fator de risco para o desenvolvimento de perturbação mental, problemas relacionais e sociais, no entanto, existe uma grande variabilidade de resposta face a este tipo de situações críticas e pontencialmente disruptivas, sendo a resiliência a resposta mais comum – capacidade de lidar com a

adversidade, mantendo níveis estáveis de funcionamento adaptativo, saúde física e psicológica (Bonanno, 2004, 2005; Connor, 2006).

A vivência de eventos críticos e potencialmente traumáticos pode provocar mudanças positivas no indivíduo, mudanças essas que incluem mudanças no sistema de crenças, mudanças na visão dos outros, do mundo, e de si próprio – crescimento pós-traumático (Wilson & Keane, 2004). Estes dois conceitos, crescimento pós-traumático (CPT) e resiliência, são distintos, pois o CPT engloba uma mudança que ultrapassa o nível de adaptação pós-trauma (Tedeschi & Calhoun, 2004).

A presente investigação surge na sequência da necessidade de aprofundamento científico sobre a relação destes conceitos e compreensão da variabilidade de respostas e adaptação face a eventos adversos, nomeadamente a privação de liberdade e vivência dos indivíduos em contextos tão particulares como os estabelecimentos prisionais (encarceramento), e está dividida em quatro capítulos principais: enquadramento teórico, metodologia, discussão de resultados, conclusão, limitações e sugestões para estudos futuros.

2. Enquadramento Teórico

2.1 Evento Potencialmente Traumático e Trauma Psicológico

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2003), a maioria das pessoas é exposta a fatores de stress extremos, e, experiencia no mínimo, um evento potencialmente traumático (EPT) ao longo da sua vida, sendo que em Portugal, a taxa de exposição a este tipo de eventos é de 69% (Benjet, Karam, Kessler, McLaughlin, Ruscio & Koenen, 2016).

A situação em si (estímulo que provoca o stress) não é considerada traumática: depende da forma como os indivíduos processam e interpretam o evento, da perceção e experiência subjetiva do indivíduo (Torres Bernal & Mille, 2011), ou seja, a mesma situação pode ser traumática para um indivíduo e não para outro, e, mesmo que seja traumática para ambos, irão lidar e reagir de forma diferente face a estes acontecimentos (Guerreiro, Brito, Batista & Galvão, 2007). Quando confrontadas com estes eventos, as pessoas podem ter reações diversas, existindo uma grande variabilidade de resposta. A perceção do evento potencialmente traumático é dotada de uma subjetividade única e tem em conta diversos fatores: tipo de evento, severidade, duração e intensidade do

acontecimento, exposições anteriores, diferenças individuais, variáveis de personalidade, história pessoal e clínica do sujeito, funcionamento cognitivo, significado atribuído, estratégias de *coping*, valores, crenças e rede de suporte social (Guerreiro et al., 2007).

De acordo com a Associação Americana de Psiquiatria (2013) existem várias situações que podem ser consideradas como EPT's, tendo em conta que o indivíduo pode estar exposto (direta ou indiretamente) a esses acontecimentos, ou tomar conhecimento de que aconteceu a alguém próximo: morte inesperada de uma pessoa significativa (familiar ou amigo); envolvimento num acidente ou desastre; agressão física; ameaça de morte; lesões significativas ou risco para a integridade (própria ou dos outros); violência sexual; sequestro; ser forçado a abandonar a sua casa ou o país; exposição a guerra; ataques terroristas; tortura; entre outras situações. Estes acontecimentos podem levar ao desenvolvimento de perturbação psicológica, sendo, por isso, considerados potencialmente traumáticos. Nestas situações de stress extremo, as defesas psicológicas do indivíduo são ultrapassadas, havendo um impacto no seu funcionamento e, desta forma, o indivíduo experiencia medo intenso ou sensação de impotência (Guerreiro et al., 2007).

O trauma psicológico é definido como algo que sobrecarrega o indivíduo de uma perspetiva emocional e cognitiva, afetando a sua capacidade de funcionar. Pode ter impacto na estrutura individual da vítima, no seu funcionamento psicológico e comportamental, na conceção da identidade, nas relações interpessoais e padrões de intimidade (Torres Bernal & Mile, 2011), bem como desafiar o sistema de valores e crenças – atribuição do significado, fé, expetativas em relação a si, aos outros e ao mundo (Wilson & Keane, 2004). Abrange três principais componentes: (1) uma experiência traumática inesperada, (2) falta de preparação do indivíduo para lidar com essa experiência, e (3) impossibilidade de o indivíduo realizar algo para evitar que aconteça a experiência traumática (Torres Bernal & Mille, 2011).

A maioria dos indivíduos que foram expostos a um EPT mantém um funcionamento normal e estável e não desenvolve perturbação (Brewin, Andrews & Valentine, 2000; Nash, Boasso, Steenkamp, Larson, Lubin & Litz, 2015). No entanto, um número significativo evidencia sintomatologia pós-trauma (Hepp, Gamma, Milos, Eich, Ajdacic-Gross, Rössler, Schnyder, 2006) e cerca de 5 a 20% desenvolvem PTSD – perturbação de stress pós-traumático (Atwoli Alonso et al., 2017).

Os fatores de risco e vulnerabilidade têm sido estudados e analisados na literatura na área do trauma, sendo um dos caminhos para explicar a grande variabilidade de

respostas e reações individuais face a eventos potencialmente traumáticos. Esses fatores podem ser classificados como pré-traumáticos (e.g. baixo estatuto socioeconómico e educacional, história psiquiátrica ou familiar, história de abusos na infância, baixo nível cognitivo), peri-traumáticos (e.g. ameaça de morte ou à integridade física, do próprio ou dos outros; exposição a estímulos traumáticos; severidade do trauma; proximidade ao evento; perda de pessoas significativas; perdas pessoais; carácter súbito e inesperado do evento) ou pós-traumáticos (e.g. pouco suporte social; elevadas exigências sociais e perda de recursos; sentimentos de culpa e rejeição; manutenção de sintomatologia elevada face ao trauma; outros stressores de vida; consequências físicas; avaliação negativa do evento; estratégias de *coping* menos adequadas como por exemplo, negação ou consumo de substâncias) (Alexander, 2005; Brewin et al., 2000; Galea, Tracy, Norris, & Coffey, 2008; Litz, Gray, Bryant, & Adler, 2002)

Apesar de expostos a experiências adversas, uma grande parte dos indivíduos consegue adaptar-se, mantendo-se funcional, o que levou a uma mudança de paradigma: em vez do foco nos fatores de risco (que conduzem ao desenvolvimento de perturbação psicológica), há um foco mais acentuado nos fatores protetores – recursos, características e forças individuais que levam a uma melhor adaptação e que protegem os indivíduos neste tipo de situações (Richardson, 2002).

2.2 Encarceramento como EPT – impacto psicológico

O termo institucionalização/encarceramento/aprisionamento é usado para descrever o processo pelo qual os presos são moldados e transformados pelos ambientes institucionais em que vivem. Envolve a incorporação de normas, adaptações e um conjunto de mudanças psicológicas para que possam sobreviver a esta experiência (Haney, 2003).

De acordo com as Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Reclusos – Regras de Nelson Mandela (Drakulevski, 2017), a prisão (medida privativa da liberdade) tem como objetivos principais: diminuição da criminalidade na nossa sociedade, reduzir a reincidência e assegurar a reintegração dos indivíduos quando são libertados. Desta forma, os estabelecimentos prisionais têm foco na reintegração social do condenado, com duração mínima de 1 mês e máxima de 20 anos (em casos excecionais, a pena pode ir até aos 25 anos, não podendo nunca ser excedida) (DGRSP, 2020). Todas as medidas que restrinjam a liberdade, limitando o contacto com o exterior,

são penosas, uma vez que afetam a autodeterminação dos indivíduos. Assim sendo, as administrações prisionais não devem agravar ainda mais este sofrimento e “todos os reclusos devem ser tratados com o respeito inerente ao valor e dignidade do ser humano” (Drakulevski, 2017, p. 3).

A sociedade encontra-se entre uma perspectiva que justifica prender as pessoas com base na crença de que o encarceramento facilitará de alguma maneira a reinserção produtiva no mundo livre (reabilitação e integração) e uma perspectiva punitiva que usa a prisão apenas para infligir dor aos ofensores e desabilitar criminosos. A vida na prisão é extremamente frustrante: existem políticas severas, privação da liberdade; padrões e normas extremamente atípicas de viver e interagir com os outros; vigilância contínua e cuidadosa; controlo do comportamento; regras e regulamentos com limites bastante claros e definidos; punição severa das infrações; espaços pequenos, e às vezes sobrelotados e deteriorados (o que prejudica a segurança dos presos) (Haney, 2012). Combalbert et al. (2018) realizaram uma investigação sobre o comprometimento cognitivo, autopercepção de saúde e qualidade de vida em reclusos, ressaltando as condições do estilo de vida dos reclusos: consumos aditivos (álcool e droga) que podem levar a infeções e doenças como HIV/AIDS, hepatite, tuberculose, hábitos de alimentação pobres, fatores de stress diários, mobilidade restrita e coordenação motora que pode ser resultante de um estilo de vida mais sedentário. Estas condições de vida, combinadas com outros comportamentos de risco, fracos cuidados de saúde, falta de relações interpessoais e de estimulação cognitiva podem conduzir os presos a um envelhecimento prematuro e a um declínio cognitivo. Os resultados desse estudo demonstraram que os reclusos da amostra classificaram mais negativamente o seu estado de saúde, mental e físico, e a sua qualidade de vida comparativamente a homens da população geral. Thomas et al. (2015) também reforçam a ideia de que os reclusos, em comparação com indivíduos da população geral na mesma faixa etária, apresentam um estado de saúde muito mais degradado.

Para além de todas estas condições de vida adversas, os reclusos podem ainda ser submetidos ao confinamento solitário, o qual tem como objetivos: manutenção de ordem, segurança institucional, proteção, ou sanção disciplinar por violação de regras institucionais (Reiter et al., 2020). As condições a que os reclusos estão expostos, nesta situação, são o isolamento e ausência de privilégios (acesso restrito ou nulo a telefonemas, televisão, visitas de familiares e amigos, rádio, e tempo fora da cela – geralmente apenas 1h). Vários estudos documentam que a segregação pode ter um grande impacto psicológico e encontram associações entre o confinamento solitário, perturbações mentais

e comportamentos de risco para o próprio. Um estudo de Reiter et al. (2020) avaliou o sofrimento, impacto psicológico e severidade de sintomas em reclusos que foram sujeitos a períodos longos de confinamento, concluindo que existe uma grande prevalência de sintomas de sofrimento psicológico e psicopatologia, entre os quais: ansiedade, depressão, sentimentos de isolamento social, hipersensibilidade sensorial (a sons, cheiros, etc.), perda de identidade (devido às condições a que são expostos, por exemplo, espaços bastante pequenos e com ausência de espelhos), comportamentos de automutilação, ideação suicida e tentativas de suicídio.

O processo de institucionalização inclui um leque variado de adaptações psicológicas (Haney, 2003), entre as quais: dependência da estrutura institucional – os presos não têm liberdade e autonomia para fazer suas próprias escolhas e tomar decisões; excesso de controlo emocional, alienação e distanciamento psicológico – não querem parecer vulneráveis, e por isso, tentam controlar ou suprimir as suas emoções; isolamento social – desconectam-se e não confiam nos outros; incorporação de normas da cultura prisional – para além das regras “formais”, existem também regras e normas “informais” que fazem parte da cultura dos prisioneiros e às quais se têm de ajustar; diminuição da perceção de valor próprio e valor pessoal – normalmente os presos não têm direitos básicos de privacidade e perdem o controlo sobre aspetos básicos do dia-a-dia: vivem em espaços exíguos e deteriorados, não têm controlo/escolha sobre com quem irão partilhar esses espaços, não tomam decisões sobre horários (quando se deitam, quando ou o que comem), estas condições podem levá-los a pensar em si mesmos como "o tipo de pessoa" que merece apenas a degradação e o estigma a que foram submetidos enquanto encarcerados; reações de stress pós-traumático – para alguns presos, o encarceramento é tão severo e psicologicamente doloroso que pode produzir reações de stress pós-traumático; e hipervigilância e desconfiança interpessoal – as prisões são lugares claramente perigosos dos quais não há saída ou fuga, portanto eles ficam muito mais alerta a sinais de ameaça ou de risco pessoal (pode levar os presos a evitarem certas áreas de risco, ficarem mais tempo dentro das celas, serem forçados a ser “fortes/maus” com os outros prisioneiros, ou guardar armas ou objetos para se defenderem) (Haney, 2012).

Um estudo recente de Adams e Ireland (2018) teve como objetivo explorar características individuais, o papel das crenças, resposta a ameaças e traços agressivos de reclusos envolvidos em *bullying*. Os níveis de perpetração e vitimização, dentro das cadeias, é bastante elevado, e como tal, é importante a existência de programas de intervenção focados na gestão de emoções e respostas mais adequadas face a esta

problemática. Daquin e Daigle (2018) sugerem que os reclusos que têm algum tipo de perturbação mental são mais suscetíveis de sofrer vitimização, uma vez que são alvos mais atrativos, vulneráveis, e são física ou cognitivamente incapazes de se protegerem a si mesmos. Estes presos têm uma necessidade maior de cuidados de saúde mental, no entanto sabe-se, que em vários estabelecimentos prisionais, os presos têm um acesso mais limitado a cuidados médicos e cuidados de saúde mental. O *bullying* pode ocorrer de forma direta (i.e. agressão física ou verbal) ou indireta (i.e. ostracismo/exclusão) e a adoção de respostas agressivas pode ser adaptativa para os reclusos, uma vez que vivem num ambiente em que frequentemente se sentem ameaçados (Adams & Ireland, 2018).

A adaptação à vida prisional é sempre difícil e, às vezes, cria hábitos de pensar e agir que podem ser disfuncionais. Nem todos os indivíduos são afetados psicologicamente da mesma forma: os efeitos psicológicos do aprisionamento variam de indivíduo para indivíduo e geralmente são reversíveis, no entanto poucas pessoas ficam completamente inalteradas ou ilesas pela experiência (Haney, 2012). As consequências mais negativas da institucionalização podem ocorrer de várias formas, podem levar ao caos interno, desorganização, stress e medo, podendo incluir: perceção de identidade comprometida; hipersensibilidade a estímulos; disfunções cognitivas (confusão, perda de memória, pensamentos ruminantes); irritabilidade, raiva, agressão, comportamentos violentos, destruição de propriedades, desesperança, depressão crónica; automutilação; ideação suicida, impulsos e comportamentos suicidas; ansiedade e ataques de pânico; alucinações; psicose e/ou paranoia; e deterioração da saúde mental e física (Haney, 2003).

Dudeck et al. (2012) investigaram a prevalência de traumatização e *distress* psicológico em 1055 reclusos, com penas de longo-termo, em estabelecimentos prisionais de onze países da Europa. Os autores procuraram descrever as condições de vida destes prisioneiros, analisando se estão em conformidade com as recomendações europeias para os cuidados de saúde na prisão, de acordo com a Convenção Europeia dos Direitos do Homem, entre as quais: deve haver possibilidade de diagnóstico e tratamento para todos os reclusos com perturbações mentais; identificar sintomas de stress ou outros sintomas psicológicos causados pela privação de liberdade; intervenções e prevenção do suicídio, entre outras. No estudo foram utilizados instrumentos de autorrelato para identificar sintomas de PTSD e outros sintomas psicológicos, tais como, ansiedade, ansiedade fóbica, hostilidade, ideação paranoide, psicoticismo, depressão, sensibilidade interpessoal, hipersensibilidade a estímulos, somatização, obsessões e compulsões. Os participantes também foram questionados sobre tentativas de suicídio (antes e durante o

encarceramento) e comportamentos autoagressivos (Dudeck et al., 2012). O estudo de Dudeck et al. (2012) revelou uma média de três experiências traumáticas por cada participante, sendo que o tipo de traumas mais frequentes identificado foi: agressões não-sexuais por parte de estranhos (49,4%), acidentes sérios, incêndios ou explosões (49,3%) e a própria prisão (48,2%). Apenas 12%, aproximadamente, dos participantes não reportaram experiências traumáticas, e um em cada seis participantes desenvolveu PTSD. Foram identificados sintomas psicológicos, com necessidade de tratamento, em 58% a 86% dos participantes, dos quais sintomas depressivos (acentuados pela privação de liberdade e condições de vida), níveis elevados de ansiedade, ideação paranoide e psicoticismo (potenciado pelo elevado nível de controlo e vigilância); 30% dos participantes realizaram tentativas de suicídio, e cerca de um terço da amostra reportou comportamentos autoagressivos. Estes resultados demonstram que a prevalência de eventos traumáticos é seis vezes superior à da população geral, sendo que uma pena de prisão prolongada, num contexto/cenário adverso, e com condições muito específicas pode potencializar o risco de retraumatização. Apesar da maioria dos resultados serem elevados, apenas 26% dos participantes que indicaram ter passado por experiências traumáticas desenvolveram PTSD. Isto pode dever-se ao facto de grande parte dos indivíduos serem resilientes quando confrontados com esse tipo de eventos, tendo a capacidade de resistir, ou de os superar (Dudeck et al., 2012).

O facto de uma alta percentagem de indivíduos encarcerados ter sofrido trauma na infância significa que a natureza dura e punitiva da vida nas prisões pode representar também um tipo de experiência de "retraumatização" para muitos deles. Sánchez, Ignatyev e Mundt (2019) exploraram a associação entre abuso na infância, perturbações mentais (depressão e ansiedade) e risco de suicídio em reclusos. É bastante comum em indivíduos com comportamentos criminais, encontrar histórias relacionadas com abuso infantil (negligência, abuso psicológico, emocional, físico e/ou sexual). Existem evidências de que uma grande parte dos homens encarcerados tem algum tipo de perturbação mental (ansiedade, depressão, PTSD, stress, abuso de substâncias, distúrbios psicóticos, e níveis altos de suicídio ou tentativas de suicídio). Cerca de 40% dos participantes do estudo de Sánchez, Ignatyev e Mundt (2019) foram expostos e sobreviveram a pelo menos uma forma de abuso infantil, existindo uma associação significativa entre essas experiências e níveis altos de depressão, ansiedade, stress, sintomas de PTSD e tentativas de suicídio, sendo que há o dobro do risco de agravamento durante o encarceramento. A negligência e abuso durante o desenvolvimento do

indivíduo, que podem ter acontecido dentro do seio familiar e/ou no ambiente social mais próximo, são fatores de risco que contribuem para comportamentos delinquentes (Sánchez, Ignatyev & Mundt, 2019). É necessário que haja mais prevenção primária para minimizar o abuso na infância e consciencializar a família para o cuidado e monitorização destes fatores de risco.

Alguns estudos apontam um aumento na prevalência (38% a 98%) de perturbações mentais em reclusos, comparativamente à população geral, sendo que as mais comuns são perturbações de personalidade (antissocial ou borderline) e abuso de substâncias (Dudeck et al., 2012). É necessário que haja mais prevenção primária para minimizar o abuso na infância, no entanto também é extremamente importante que os reclusos mais vulneráveis e com acontecimentos de vida potencialmente traumáticos possam ser identificados uma vez que estão em maior risco de tentarem o suicídio ou de desenvolver ou intensificar este tipo de perturbações mentais. De acordo com a Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais, segundo o relatório da causa de morte nos estabelecimentos prisionais em 31 de dezembro de 2018, ocorreram 48 mortes de homens portugueses, das quais 10 devidas a suicídio (DGRSP, 2018), o que faz pensar que dentro dos estabelecimentos prisionais, devem existir mais intervenções, não só de prevenção ao suicídio mas também centradas no trauma psicológico.

Uma transição e adaptação bem-sucedidas à vida na prisão são caracterizadas como sendo o resultado de um processo equilibrador em que o recluso tenta assimilar as regras institucionais e fechadas do sistema prisional aos seus esquemas comportamentais, sem, no entanto, perder a sua individualidade. O processo de transição e ajustamento psicológico sofre alterações de acordo com o contexto em que ocorre e características individuais de cada indivíduo. A teoria de Schlossberg (Schlossberg, Waters & Goodman, 1995) é conhecida como a Teoria dos 4 S's, uma vez que identifica quatro fatores que contribuem para o modo como cada um lida com a transição em si: *Situation* (avaliação da situação), *Self* (Eu: recursos psicológicos, características pessoais e sociodemográficas), *Support* (perceção de suporte social/emocional e redes de apoio), e *Strategies* (estratégias: conjunto de respostas adaptativas que o indivíduo usa para lidar com a transição, a fim de orientar a situação, o significado e o stress dela adjacente). O indivíduo terá que se adaptar às constantes mudanças existentes na sua vida, e muitas vezes assume diferentes papéis. Estes períodos requerem estratégias de *coping*, autoavaliação, novas relações e novas atribuições de significado a essas mesmas mudanças (Novais, Ferreira & Santos, 2010). Todos os presos passam por um período de

adaptação quando entram na prisão, e alguns terão ajustes mais ou menos difíceis do que outros. De acordo com Nakato (2017) existem diversos fatores que influenciam essa adaptação: idade e nível de maturidade, etnia, crime pelo qual o indivíduo é condenado (tipo de condenação: crimes violentos ou não violentos) e quantidade de tempo a que foi condenado na prisão (Nakato, 2017). Novais, Ferreira e Santos (2010) identificam também como fatores fundamentais: o estado de saúde, situação familiar, suporte social e institucional, prisão atual (nível de segurança institucional), transição, projetos futuros e resiliência.

O ajustamento positivo dos reclusos à vida na prisão é aprimorado pelo acesso a programas e serviços de reabilitação que podem ser fornecidos pela própria instituição e que visam aproveitar o tempo de reclusão para promover a aquisição de estilos de vida saudáveis – prisões que disponibilizam o acesso a atividades recreativas, atividades religiosas, acompanhamento profissional, serviços de reabilitação, e também programas educacionais e programas de prevenção e promoção da saúde, como por exemplo, prevenção da toxicodependência (Nakato, 2017; Novais, Ferreira & Santos, 2010). O ajustamento e período de adaptação desempenha um papel crítico na reabilitação bem-sucedida dos reclusos e na reintegração às comunidades como cidadãos responsáveis. Embora os serviços pós-encarceramento tenham um papel importante na reinserção bem-sucedida de um preso na comunidade, a disponibilidade de serviços de ajuste dentro da prisão representa o primeiro passo na reabilitação do indivíduo (Nakato, 2017).

O sistema prisional, bem como outras entidades em articulação, devem facultar e proporcionar: formação profissional (promove a reinserção social dos indivíduos e a prevenção de reincidência, através de programas operacionais específicos); trabalho (desenvolvimento de competências, capacidades e potencialidades através de atividades laborais dentro dos estabelecimentos prisionais); educação/ensino – formação escolar: projetos educativos, atividades extracurriculares (ex.: artes visuais e música) e cursos de nível básico e secundário; bem como outras formas de assistência apropriadas, incluindo o desporto (ajuda a promover o bem-estar físico e estilos de vida saudáveis, e fomenta vivências que contribuem para o desenvolvimento de aptidões sociais, e consequente redução de conflitos); apoio à reintegração social (preparação para a liberdade condicional, articulação com redes de apoio social, e implementação de programas de apoio à população reclusa); e programas específicos de reabilitação (com foco em problemáticas criminais para prevenção da reincidência) (Drakulevski, 2017; DGRSP, 2020). Em Portugal, existem vários programas, nomeadamente o Programa de Promoção

de Competências Pessoais e Emocionais, proposto no início da pena, que procura promover: o autocontrole e regulação emocional, controle de impulsos, ajustamento comportamental, e adoção de comportamentos pró-sociais. Este programa tem tido resultados positivos, entre os quais, uma descida nos níveis de ansiedade e depressão, diminuição de sentimentos de desconfiança e paranoia, e melhorias no funcionamento psicológico e comportamental (DGRSP, 2020).

2.3 Resiliência

As experiências potencialmente traumáticas fazem parte da vida de praticamente todos os seres humanos, e podem afetar os indivíduos a nível psicológico, social e fisiológico, no entanto, as pessoas têm a capacidade de se adaptar e ultrapassar esses eventos. O trauma ocorre quando as situações são excecionalmente ameaçadoras, afetando a capacidade do indivíduo para lidar com as mesmas, podendo não ter recursos ou estratégias de *coping* adequadas à situação (Dudeck et al., 2012). Como referido anteriormente, existe uma grande variabilidade de reações e respostas por parte dos indivíduos, no entanto, a resiliência parece ser a resposta mais comum face a eventos potencialmente traumáticos (Bonanno, 2004). A resiliência define-se como a capacidade dos indivíduos, quando expostos a situações críticas, eventos adversos e potencialmente disruptivos, de lidar com a adversidade, mantendo níveis estáveis de funcionamento adaptativo, saúde física e psicológica (Bonanno, 2004, 2005; Connor, 2006). Os indivíduos resilientes são capazes de lidar com experiências bastante desafiantes, tal como o encarceramento, e, apesar de poderem experienciar sentimentos de tristeza e perturbações passageiras no seu funcionamento normal, geralmente conseguem preservar o seu nível normal de funcionamento e cumprir responsabilidades pessoais e sociais e enfrentar novas experiências (Bonanno, 2004, 2005; Mancini & Bonanno, 2006).

Numa primeira linha de investigação, os autores consideravam a resiliência como um traço individual, tendo-se focado no estudo de traços ou características (biológicas, de personalidade e contextuais) exibidas por pessoas resilientes. Existem diversos traços associados a uma maior capacidade de lidar com a adversidade, entre os quais: ser do sexo masculino – estudos realizados após o 11 de Setembro revelam que a resiliência é mais prevalente em indivíduos do sexo masculino (Bonanno, Galea, Bucciarelli, & Vlahov, 2007); ser adulto – evidências que associam a resiliência a adultos com mais idade, o que se pode dever a mais experiência de vida e ao conhecimento obtido através

de situações adversas anteriores (Bonanno & Diminich, 2013); nível educacional elevado; maior rede de suporte social; elevada autoestima, autoeficácia e autocontrole; gratidão, capacidade de perdoar, fé, autodeterminação, otimismo, esperança e humildade (Richardson, 2002).

Mais recentemente, os investigadores começaram a perceber que apesar de relativamente estável, a resiliência pode sofrer alterações, pelo que começou a ser conceptualizada como um processo dinâmico, onde existe uma interação (relação recíproca) entre as forças do ambiente e o indivíduo, tendo em conta a variação temporal e contextual, assim como os fatores de risco e os fatores protetores e promotores de resiliência que permitem ao indivíduo uma adaptação positiva face à adversidade que enfrenta (Fletcher & Sarkar, 2013; Infante, 2005). Existem três componentes essenciais que devem estar presentes no conceito de resiliência: (1) a noção de adversidade, trauma, risco ou ameaça ao desenvolvimento humano; (2) a adaptação positiva ou superação da adversidade; (3) o processo que considera a dinâmica entre mecanismos emocionais, cognitivos e socioculturais que influem no desenvolvimento humano (Infante, 2005).

Neste sentido, Connor e Davidson (2003) definem a resiliência como uma característica multidimensional, que varia conforme o contexto, o tempo, a idade, o sexo e a origem cultural, assim como varia no próprio indivíduo, dependendo das circunstâncias da vida a que está sujeito. Pesce, Assis, Santos e Oliveira (2004) partilham da mesma visão, considerando a resiliência como um processo que resulta da combinação entre os atributos do indivíduo e do seu ambiente familiar, social e cultural. Desta forma, entende-se que a resiliência não pode ser pensada como um atributo (característica ou traço individual) que nasce com o sujeito, nem que ele adquire ao longo do seu desenvolvimento, mas sim como um conceito multifacetado, contextual e dinâmico, que surge da interação entre o indivíduo e o seu ambiente (Pesce et al., 2004).

Apesar de existirem atualmente bastantes estudos relativos a fatores associados à resiliência, nenhuma variável foi identificada como preditora deste conceito (Bonanno, Romero, & Klein, 2015). No entanto foram identificados fatores promotores e fatores de proteção, os quais, perante a adversidade, acionam processos que permitem uma adaptação positiva. Efta-Breitbach e Freeman (2005) identificaram fatores internos, individuais e pessoais bem como fatores externos (condições do contexto) associados à resiliência, num estudo com jovens ofensores sexuais. Relativamente aos fatores internos, de acordo com os autores, estes englobam: capacidades intelectuais e cognitivas acima da média, elevada autoestima e autoeficácia, autorregulação eficaz, locus de controlo

interno, fé, religião, espiritualidade e predisposições biológicas (e.g.: boa saúde física, temperamento). Nos fatores externos estão incluídos os recursos e competências sociais, suporte da comunidade, o estatuto socioeconómico, os relacionamentos e ambiente familiar (cuidadores e estilo parental), e os grupos de pares.

Neste sentido, a investigação propõe que algumas características da personalidade e do ambiente (apesar de não predizerem) favorecem as respostas resilientes (Poseck, Baquero & Jiménez, 2006). Entre esses fatores promotores, encontram-se: a mestria/controlo (mastery) – crença individual do indivíduo em relação a si próprio, de que consegue resolver os seus problemas, e/ou responder de forma efetiva face ao stress (Yehuda, Flory, Southwick & Charney, 2006); a robustez (*hardiness*), um traço de personalidade que se refere à habilidade para manter o controlo, a confiança e o compromisso e que permite percecionar as situações como menos ameaçadoras, minimizando o sofrimento psicológico (Bonanno, 2004); o *self-enhancement*, i.e., um viés positivo a favor do *self*, pode ser considerado adaptativo e promotor de bem-estar em situações que sucedem o trauma psicológico (Bonanno, 2004; Bonanno & Mancini, 2008); a afetividade positiva – traço responsável pelo indivíduo se manter alegre, interessado e satisfeito com a vida (Folkman & Moskowitz, 2004); o otimismo e o uso de emoções positivas e do humor como mecanismo de *coping* está associado a níveis inferiores de sofrimento psicológico (Bonanno, 2004); a flexibilidade cognitiva (e.g. reenquadramento positivo) refere-se à capacidade de reinterpretar um evento adverso (tentar atribuir um significado ao evento vivido ou identificar aspetos positivos do confronto com o stressor) de forma a retirar algum significado e está associada a um melhor ajustamento (Yehuda, Flory, Southwick & Charney, 2006); o suporte social envolve a avaliação feita pelo indivíduo relativamente à sua rede de suporte, incluindo o suporte tangível, ajuda concreta na resolução de problemas ou aconselhamento, apoio emocional ou a procura de aceitação social, o amor, intimidade e aspetos de integração social, como por exemplo a frequência de visitas ao estabelecimento prisional, contactos com a família e amigos e a participação em grupos sociais e religiosos (Bonanno et al., 2007); a família tem um papel crucial no percurso desenvolvimental de todos os indivíduos e pode contribuir e influenciar o modo como cada recluso irá encarar o encarceramento, sobretudo a nível de suporte e apoio emocional durante esse período – a manutenção de contactos sociais e familiares com o exterior durante o cumprimento da pena constitui outro condicionante do grau de adaptação à prisão, enquanto a falta de contacto com os parentes e amigos contribui para um distanciamento quer em relação ao

sistema institucional da prisão, quer em relação às normas e valores da sociedade que esta representa (Novais, Ferreira & Santos, 2010); a espiritualidade (*coping* religioso) pode ter uma influência importante no modo como os indivíduos interpretam e lidam com os EPT's (Peres, Moreira-Almeida, Nasello, & Koenig, 2007) – elevados níveis de envolvimento religioso estão associados a um maior bem-estar físico e psicológico, pois podem levar a um maior sentimento de controlo, esperança e a maior atribuição de significado (Peres et al., 2007); estratégias centradas na emoção incluem os esforços que o indivíduo faz para regular as suas emoções; também as estratégias de *coping* focadas no significado e focadas na resolução de problemas (cognições e comportamentos diretamente utilizados para analisar e resolver o problema) foram associadas a um maior bem-estar (Guo, Gan, & Tong, 2013) e estão associados a trajetórias de resiliência.

2.4 Crescimento Pós-Traumático

A literatura mostra evidências de que as pessoas que passaram por algum EPT percebem frequentemente algo de positivo que adveio do modo como lidaram com esse acontecimento (Tedeschi & Calhoun, 1996). Este conceito corresponde ao crescimento pós-traumático (CPT). O CPT refere-se a mudanças positivas que ocorrem após a vivência de um EPT, incluindo mudanças no sistema de crenças dos indivíduos, mudanças na visão dos outros, do mundo, e de si próprio (Wilson & Keane, 2004), como por exemplo: melhoria nas relações interpessoais e de intimidade com familiares e amigos; aprender a valorizar as pequenas coisas da vida; mudanças na espiritualidade; acreditar mais nas suas próprias competências e capacidades e ver-se a si próprio como uma pessoa mais forte ou melhor (Tedeschi & Calhoun, 2004). O conceito de CPT distingue-se do conceito de resiliência, pois o CPT engloba uma mudança que vai para além da capacidade da pessoa em resistir e não ficar afetada com o evento, ou seja, envolve uma mudança que ultrapassa o nível de adaptação pós-trauma (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Tedeschi e Calhoun (2004) sugerem que o período pós-trauma em que as crenças fundamentais são desafiadas pode ser um momento único para o crescimento. O CPT encara estas mudanças como sendo reais; não o encara como um mecanismo de *coping* ou modo de lidar com o trauma, mas sim como um resultado ou um processo contínuo, e também não pode ser visto como uma melhoria do bem-estar nem como uma diminuição do sofrimento psicológico (Calhoun & Tedeschi, 2006; Tedeschi & Calhoun, 2004). É

necessário que o indivíduo sinta algum sofrimento e que haja uma ameaça significativa, de maneira a que este processo cognitivo de crescimento pós-traumático se possa originar, manter e até aumentar. (Tedeschi & Calhoun, 2004). Após a vivência do EPT ou trauma (onde há ameaça ou destruição de estruturas esquemáticas do funcionamento cognitivo), o indivíduo vai ter que se confrontar com a nova realidade (processamento cognitivo, reconstrução dessas estruturas e produção de novos esquemas mentais, resistentes, que incorporem a experiência), sendo esse confronto essencial para determinar o grau de crescimento (Calhoun & Tedeschi, 2006).

Tedeschi e Calhoun (1996) sugerem que os maiores graus de crescimento psicológico e mudança estão associados a indivíduos que foram expostos a acontecimentos moderadamente exigentes, contrariamente aos participantes que passaram por eventos menos exigentes, e que por isso, obtiveram resultados de mudança mais baixos. As experiências adversas e potencialmente traumáticas devem ser desafiantes o suficiente para originar crescimento, mas não disruptivas (níveis extremamente elevados de exposição) ao ponto de impedir que esse processo ocorra (Triplett, Tedeschi, Cann, Calhoun, & Reeve, 2012) pois traumas demasiado severos podem sobrecarregar o funcionamento e os recursos psicológicos dos indivíduos (Calhoun & Tedeschi, 2006). Desta forma, parecem existir mais benefícios em níveis médios de exposição, do que em níveis extremamente altos ou baixos (Fontana & Rosenheck, 1998).

Calhoun e Tedeschi (2006) sugerem que esses benefícios possam corresponder a: mudanças na filosofia de vida, mudanças nas relações interpessoais e mudanças na percepção do *self*. O *Posttraumatic Growth Inventory* (PTGI) (Tedeschi & Calhoun, 1996) baseia-se precisamente nessas três categorias, e engloba cinco fatores: maior valorização da vida e mudança de prioridades; melhoria nas relações com os outros (maior intimidade); maior força pessoal; reconhecimento de novas oportunidades e possibilidades; e mudanças espirituais. Resende, Sendas e Maia (2008), traduziram, adaptaram, validaram o PTGI na população portuguesa e desenvolveram o Inventário de Crescimento Pós-Traumático. Este inventário engloba três fatores: mudança espiritual; mudanças na percepção da vida e do *self*; e mais abertura a novas possibilidades e envolvimento nas relações interpessoais.

Relativamente ao fator das novas possibilidades, algumas investigações com adultos sugerem que pessoas mais novas, comparativamente a mais velhas, apresentam níveis mais elevados de CPT (Barskova & Oesterreich, 2009; Helgeson et al., 2006;

Tedeschi & Calhoun, 2004), que pode dever-se à possibilidade dos mais jovens terem uma maior abertura a mudanças e aprendizagem (Tedeschi e Calhoun, 2004). Os autores também referem que o acontecimento pode não afetar muito os indivíduos que tenham boas estratégias e mecanismos de *coping*, e, que por isso, podem apresentar níveis mais baixos de CPT. No entanto, outros investigadores associaram várias estratégias de *coping* ao CPT, entre as quais: reavaliação positiva, aceitação, *coping* focado na resolução de problemas e *coping* religioso (Barskova & Oesterreich, 2009; Linley & Joseph, 2004). Helgeson e colaboradores (2006) e Yanez, Stanton, Hoyt, Tennen e Lechner (2011) sugerem que o CPT pode também estar associado a estratégias de negação. A rede de suporte familiar e social do indivíduo tem uma correlação positiva com o CPT e é fundamental para o processo de mudança e crescimento, isto porque, permite que o indivíduo conte abertamente e várias vezes a sua experiência, processando-a (criação de novos esquemas) e atribuindo-lhe um significado (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Nas últimas décadas, o debate sobre a relação entre o crescimento pós-traumático e a resiliência tem revelado discrepâncias e resultados opostos. Os processos psicológicos subjacentes ao CPT apontam ainda alguma inconsistência nos resultados dos estudos e necessitam de um maior aprofundamento e explicação (Faria-Anjos, 2019).

Levine e colaboradores (2009) apontam dois argumentos para a relação negativa entre resiliência e o CPT: por um lado, o EPT pode não afetar assim tanto os indivíduos mais resilientes, e por isso podem não experienciar níveis de sofrimento ou ameaça significativos para originar o processo de crescimento pós-traumático (Westphal & Bonanno, 2007); por outro lado, o CPT pode funcionar como uma “ilusão positiva”, ou seja, vítimas menos resilientes e com maior vulnerabilidade, após a vivência de um EPT, recorrem a estratégias para retificar o desequilíbrio que foi criado pelo acontecimento, demonstrando um otimismo irrealista (Maercker & Zoellner, 2004). Contrariamente a estes argumentos, alguns estudos sustentam uma relação positiva entre estes dois conceitos, tal como o estudo de Ogińska-Bulik (2015) que demonstra evidências da relação positiva entre a resiliência e quase todos os fatores do CPT (excetuando o das relações interpessoais) e um outro estudo realizado com indivíduos que sofreram acidentes de viação que também demonstrou correlações positivas entre a resiliência e vários fatores do CPT (Nishi, Matsuoka, & Kim, 2010). Os autores, sugeriram ainda que para além do processo de crescimento resultar de um conjunto de capacidades de *coping* bem-sucedidas, pode também, ele próprio, ser considerado uma estratégia de *coping* (Nishi, Matsuoka, & Kim, 2010). Bensimon (2012) refere que tanto a resiliência como o

CPT são construtos positivos, promotores de saúde, e que a resiliência pode persistir perante acontecimentos adversos, em simultâneo com outros fatores de CPT.

Uma vez que ainda existe alguma incoerência e inconsistência na operacionalização dos conceitos de resiliência e crescimento pós-traumático (o que pode explicar os diferentes resultados) bem como na relação entre esses dois construtos (Bensimon, 2012), é necessário, nesse âmbito, aprofundar o estudo ou avançar na investigação. Neste sentido, a presente investigação procura aprofundar o conhecimento sobre a relação entre a resiliência e o CPT, assim como a sua relação com outras variáveis presentes na adaptação durante o encarceramento, nomeadamente numa população de ex-reclusos, uma população muito pouco estudada em Portugal e que é exposta a condições extremamente atípicas de viver. O estudo das experiências subjetivas dos indivíduos permite aprofundar conhecimentos e procura desenvolver linhas orientadoras de intervenção e construção de mais programas promotores de bem-estar e melhor ajustamento psicológico durante e após o encarceramento.

3. Método

3.1 Metodologia

A presente investigação recorreu a um *design* qualitativo, no qual foram utilizados, como complemento, instrumentos quantitativos para recolha de dados. A metodologia não é considerada mista, devido à sua predominância qualitativa, não existindo, portanto, uma grande preocupação com a dimensão da amostra nem com a generalização dos resultados obtidos.

Os estudos qualitativos têm carácter indutivo, exploratório e descritivo, procuram aprofundar os problemas em questão, permitem o acesso ao modo como os indivíduos pensam, sentem e interpretam as situações vividas, uma maior compreensão da perceção e significado que os participantes atribuem à experiência, e possibilitam relacionar diferentes variáveis e levantar hipóteses acerca da realidade estudada. Além disso, exigem uma grande proximidade e interação com os participantes. Assim sendo, a investigação vai ao encontro do paradigma pós-positivista que permite uma maior interação entre o investigador e os participantes do estudo, com recolha de informação em contextos mais naturais. Para além de métodos quantitativos (e.g. CD-RISC e ICPT), pode recorrer a

métodos qualitativos, como por exemplo entrevistas semiestruturadas (Taylor & Medina, 2013). Este paradigma pode estar inserido em investigações com grupos reduzidos, e tem como objetivos: a produção de conhecimento, estudo intensivo e profundo sobre padrões sociais, crenças, valores, atitudes, opiniões, significados e propósitos que os indivíduos atribuem às suas ações (Guba & Lincoln, 1994), procurando também confirmar a presença de propriedades nas relações entre as variáveis pré-definidas (Taylor & Medina, 2013).

O presente estudo é fundamentado em construtos teóricos, no entanto, permite a emergência de novos construtos e temas. São encontrados padrões nos dados, e posteriormente desenvolvidas hipóteses (contrariamente aos estudos quantitativos, em que são recolhidos dados para verificar hipóteses ou comprovar modelos prévios).

O investigador tem um papel crucial na qualidade da recolha dos dados, uma vez que esta depende do seu envolvimento, conhecimento, curiosidade, sensibilidade, flexibilidade, empatia e escuta ativa. A possibilidade de criar hipóteses de investigação pertinentes é uma grande vantagem do método qualitativo. Em contrapartida, este método também apresenta desvantagens, como por exemplo, a pouca objetividade que pode surgir da falta de sensibilidade e pouco conhecimento/experiência do investigador (Sousa & Batista, 2011).

3.2 Questão de Investigação Inicial

A presente investigação teve origem na seguinte questão inicial:

“No encarceramento, evento potencialmente traumático, existe alguma relação entre as características que o definem, a resiliência e o crescimento pós-traumático em ex-reclusos?”

3.3 Mapa conceptual

De seguida é apresentada a *Figura 1*, que representa o mapa conceptual, onde estão representadas as variáveis consideradas neste estudo (Evento Potencialmente Traumático – Encarceramento, Resiliência e Crescimento Pós-Traumático) e as relações que se pretende analisar (interações entre as variáveis representadas pelas setas).

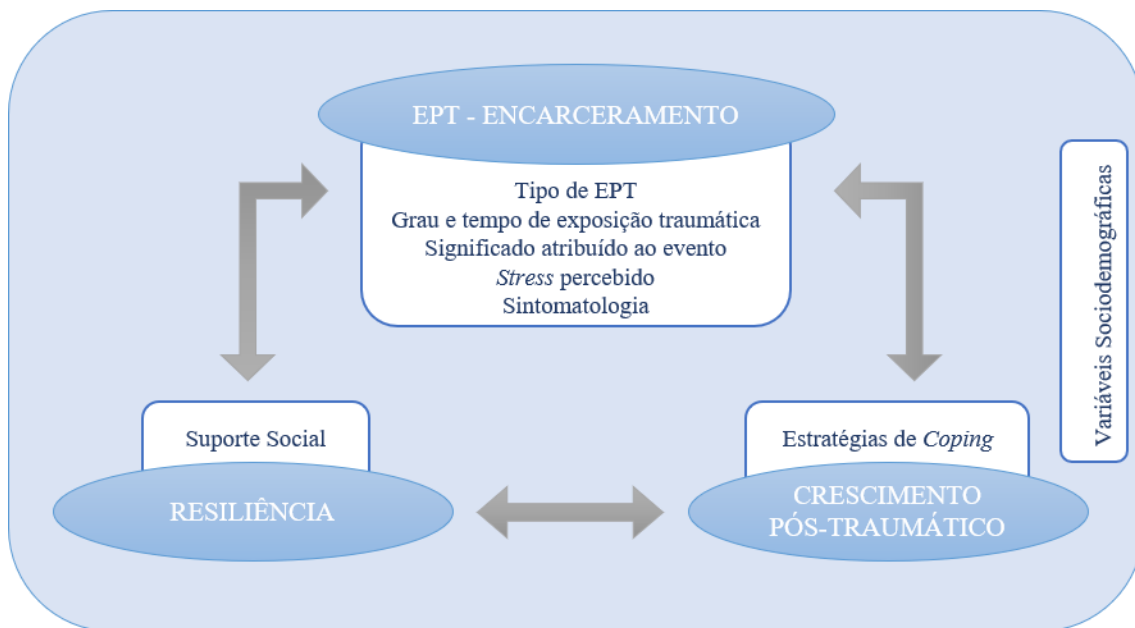


Figura 1 – Mapa Conceptual

3.4 Objetivos de Investigação

3.4.1 Objetivo geral

O objetivo geral desta investigação é o de compreender de que forma as características da situação vivida (encarceramento) se relacionam com a resiliência e o crescimento pós-traumático.

3.4.2 Objetivos específicos

A partir do objetivo geral e do mapa concetual, foram identificados os seguintes objetivos específicos:

- 1 – Avaliar se as características que definem o EPT, nomeadamente o encarceramento, se relacionam com a resiliência e o CPT.
- 2 – Analisar se existe alguma correlação entre os níveis de resiliência e os níveis de CPT.
- 3 – Perceber se as diferentes características do EPT (encarceramento: privação da liberdade, tipo de crime, tempo de pena, condições da instituição, nível de segurança institucional) se relacionam com sintomatologia específica, com a resiliência e o CPT.

4 – Contribuir para o estudo e conceptualização da resiliência e CPT numa população de ex-reclusos.

5 – Permitir a emergência de novos temas relacionados com o período de adaptação e ajustamento durante e após o encarceramento.

3.5 Questões de Investigação

As seguintes questões pretendem responder aos objetivos específicos do estudo:

1. De que forma as características do evento potencialmente traumático, nomeadamente o encarceramento, se relacionam com a resiliência e o crescimento pós-traumático?
2. Existirá alguma correlação entre os níveis de resiliência e os do CPT?
3. Será que as diferentes características do encarceramento (privação da liberdade, tipo de crime, tempo de pena, condições da instituição, e nível de segurança do estabelecimento prisional) estão relacionados com sintomatologia específica, com a resiliência e o CPT?

3.6 Participantes e caracterização da amostra

Na presente investigação foi utilizada uma amostra não aleatória por conveniência. Neste tipo de amostragem, o investigador seleciona participantes acessíveis por uma questão de conveniência (ex-reclusos que estiveram presos durante pelo menos 12 meses), que se mostrem disponíveis e colaboradores (Freitag, 2018), tendo os mesmos participado voluntariamente. Assim sendo, este tipo de amostragem não é representativo da população, e os resultados obtidos apenas se aplicam à amostra selecionada (Sousa & Batista, 2011). A amostra é constituída por 6 participantes, do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 21 e os 33 anos de idade ($M=29,50$; $DP=4,42$), que tenham vivido uma situação exigente (encarceramento).

Quatro participantes são solteiros, um participante é casado e outro vive em união de facto e apenas dois indivíduos não têm filhos. Relativamente à religião, um terço dos participantes refere ser não crente, um terço é crente praticante e outro terço é crente não-praticante.

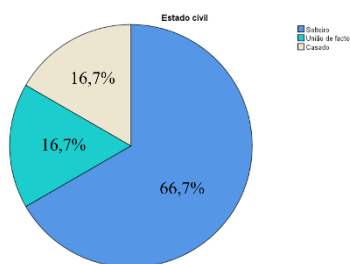


Figura 2 – Estado Civil

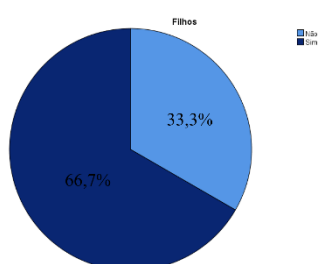


Figura 3 – Filhos

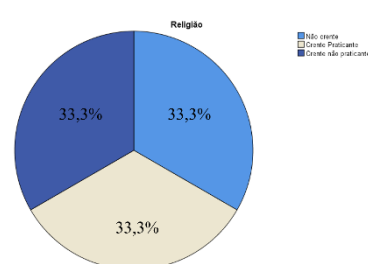


Figura 4 – Religião

Em relação às habilitações literárias, três participantes realizaram a escolaridade até ao 7º ano, dois participantes até ao 9º ano e apenas um até ao 12º ano. Três participantes estão desempregados, dois são trabalhadores e um é estudante. Quatro indivíduos afirmam nunca ter tido acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico.

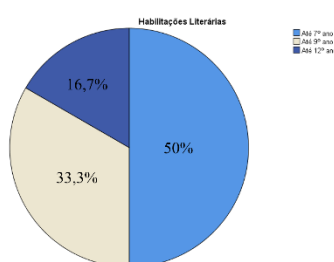


Figura 5 – Habilitações Literárias

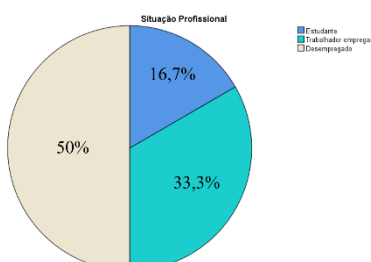


Figura 6 – Situação Profissional

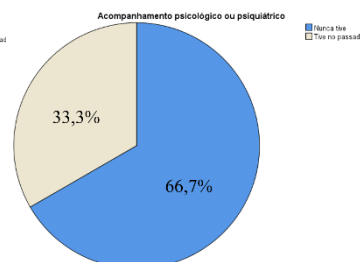


Figura 7 – Acompanhamento Psicológico/Psiquiátrico

Relativamente ao tempo de pena (exposição traumática), metade da amostra (três participantes) cumpriu uma pena curta (até 3 anos), sendo que um indivíduo cumpriu 1 ano e dois indivíduos cumpriram 3 anos, e três participantes obtiveram penas longas (4, 6 e 8 anos). Os tipos de crime cometidos pelos participantes incluem: crime contra as pessoas – tentativa de homicídio, crime contra o património – roubo, crime contra a vida em sociedade, estupefacientes e outros crimes – condução sem habilitação legal. Todos os indivíduos que participaram no estudo estiveram em estabelecimentos prisionais de alta segurança, e apenas quatro participantes estiveram envolvidos em projetos e/ou programas específicos de reabilitação.

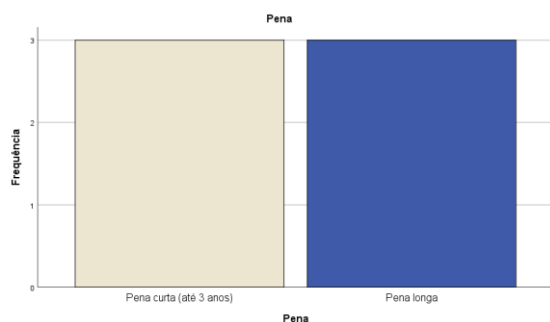


Figura 8 – Tempo de Pena

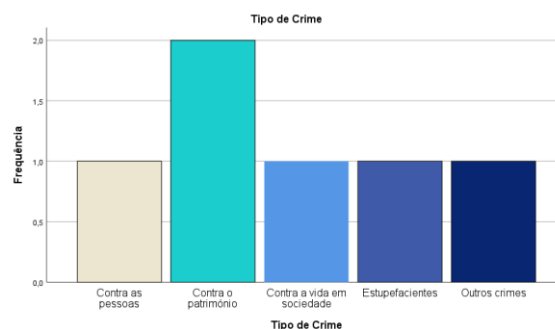


Figura 9 – Tipo de Crime Cometido

3.7 Medidas e instrumentos utilizados

3.7.1 Entrevista Semiestruturada

Uma vez que se trata de um estudo qualitativo de carácter exploratório, optou-se por recolher a informação através de uma entrevista semiestruturada, na qual o investigador elabora um guião com blocos temáticos e/ou questões abertas que pretende abordar de forma a atingir os seus objetivos (Anexo I). Os blocos temáticos utilizados foram: caracterização da situação vivida e das variáveis contextuais; sintomatologia psicológica; consequências do acontecimento vivido; significado atribuído ao acontecimento; *stress* percebido; estratégias de *coping*; suporte social; espiritualidade; e impacto da crise.

Estes blocos e questões não têm necessariamente que seguir uma ordem específica nem uma formulação pré-determinada, permitindo, desta forma, maior diversidade de perguntas e respostas, emergência de novos temas e construtos, ou aprofundamento dos mesmos, fluidez, flexibilidade e reformulação de questões ao longo da entrevista (Sousa & Batista, 2011). As entrevistas foram realizadas presencialmente e individualmente, com cada um dos participantes. Após a entrevistadora fornecer informações relativas aos objetivos da investigação, garantir confidencialidade e anonimato e pedir o consentimento informado (Anexo II) para realização e gravação das entrevistas, o conteúdo foi transcrito e analisado pela investigadora, e posteriormente destruído.

3.7.2 CD-RISC

Para a medição quantitativa do construto de resiliência, foi utilizada uma versão traduzida e adaptada (Faria-Anjos, Santos, Ribeiro & Moreira, 2019) (Anexo III) da Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) (Connor & Davidson, 2003). Após o processo de tradução por especialistas na área da psicologia fluentes na língua portuguesa e inglesa, foi cedida a aprovação pelos autores da escala original.

A CD-RISC é uma escala de autorrelato, composta por 25 itens, cada um com cinco opções de resposta: (0) “não verdadeira”, (1) “raramente verdadeira”, (2) “às vezes verdadeira”, (3) “geralmente verdadeira”, ou (4) “quase sempre verdadeira”. Os participantes preenchem a escala, indicando até que ponto as informações estão em conformidade com a sua realidade.

A escala original apresenta cinco fatores, e possui propriedades psicométricas sólidas, nomeadamente um *alfa de Cronbach* de 0,89 e uma boa consistência interna. Na versão portuguesa, são identificados três fatores: (1) autoeficácia, que representa as crenças que cada indivíduo tem sobre as suas competências pessoais ao lidar com situações desafiantes, e capacidade de controlo sobre o seu próprio funcionamento (este fator apresenta boas propriedades psicométricas, nomeadamente uma variância de 20% e 16% e *alfa* de 0.82 e 0.76); (2) espiritualidade – crença de que existe um propósito e um sentido para a vida e que as forças espirituais podem ter alguma influência nas situações vividas (este fator explica 9% e 8% da variância, tendo um *alfa* de 0.71 e 0.67); e por último, (3) suporte social – percepção do indivíduo e modo como percebe que pode confiar nos outros para ter tanto apoio emocional como apoio funcional (explica 8% e 7% da variância e apresenta um *alfa* de 0.53 e 0.44). Após o preenchimento dos questionários, as respostas a cada item são somadas. Desta forma, é possível distinguir os indivíduos mais resilientes e os menos resilientes (os resultados mais elevados refletem um maior nível de resiliência, podendo este variar entre 0 e 100).

3.7.3 ICPT

O crescimento pós-traumático foi medido quantitativamente através da aplicação do *Posttraumatic Growth Inventory* (PTGI) (Tedeschi & Calhoun, 1996), na versão traduzida e adaptada para a população portuguesa (Anexo IV) – Inventário de Crescimento Pós-Traumático (ICPT) (Resende, Sendas & Maia, 2008).

O instrumento é composto por 21 itens positivos, aos quais os participantes responderam através de uma escala de *Likert* de seis pontos: (0) “Não Mudei” ou “Mudei mas não foi devido a esse acontecimento”; (1) “Mudei muito ligeiramente”; (2) “Mudei ligeiramente”; (3) “Mudei moderadamente”; (4) “Mudei acentuadamente”; ou (5) “Mudei muito acentuadamente”. Após o preenchimento do inventário, os resultados dos itens foram somados, podendo originar um resultado entre 0 e 105.

A versão original de Tedeschi e Calhoun (1996) é composta por cinco fatores: relação com os outros; novas possibilidades; força pessoal; mudança espiritual; e apreciação pela vida, no entanto, a versão traduzida (Resende, Sendas, & Maia, 2008) é constituída apenas por três fatores: maior abertura a novas possibilidades e maior envolvimento nas relações interpessoais (*alfa de Cronbach* de 0,94); mudanças na percepção do *self* e da vida (*alfa de Cronbach* de 0,89); e por último, mudança espiritual (*alfa de Cronbach* de 0,64). A escala total possui uma boa consistência interna e propriedades psicométricas sólidas, nomeadamente um *alfa de Cronbach* de 0,95.

Através deste instrumento é possível distinguir os indivíduos que iniciaram e mantiveram um processo de crescimento pós-traumático e identificaram mudanças positivas nas suas vidas após a vivência do encarceramento, dos indivíduos que não iniciaram esse processo, ou tiveram níveis baixos de crescimento.

3.7.4 Questionário Sociodemográfico

Nesta investigação foi utilizado um questionário (Anexo V), composto por questões de resposta múltipla, que pretende recolher informações sociodemográficas e contextuais de cada participante, tais como: a idade, o sexo, residência, estado civil, habilitações literárias, situação profissional, agregado familiar, número de filhos ou indivíduos dependentes, religião, consumo de substâncias e acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico.

3.8 Procedimento de Recolha de Dados

Para participarem nesta investigação, os indivíduos tinham que preencher os seguintes critérios de inclusão: ser do sexo masculino, ser maior de idade, e ter vivido num estabelecimento prisional durante pelo menos 12 meses consecutivos. Após tomarem conhecimento da investigação e terem demonstrado interesse em participar, os

sujeitos forneceram os seus contactos. A investigadora disponibilizou uma breve explicação do estudo (propósito da investigação, objetivos e procedimento), e assegurou a confidencialidade, anonimato e possibilidade de desistência a qualquer momento.

Os encontros ocorreram, presencialmente, em locais calmos e conhecidos dos participantes, consoante a disponibilidade dos mesmos. Uma entrevista foi realizada via *online*, devido ao plano de contingência da Direção Geral de Saúde que propôs isolamento voluntário de todos os indivíduos, para diminuição da propagação de COVID-19 (doença infecciosa provocada pelo coronavírus). Inicialmente foi dada uma explicação mais detalhada sobre a investigação e realizado o pedido de permissão para gravação das entrevistas, ressaltando uma vez mais que todo o conteúdo da entrevista seria usado única e exclusivamente para a investigação, e posteriormente destruído. O consentimento informado foi apresentado e assinado pela investigadora e por cada participante (Anexo II). Seguidamente, iniciou-se a entrevista semiestruturada de acordo com o agrupamento temático pré-definido. Durante a entrevista foi avaliado o sofrimento psicológico e emocional dos participantes, uma vez que são abordadas situações exigentes e assuntos sensíveis, sendo permitidas pausas e existindo possibilidade de recomendação para acompanhamento psicológico (através do Sistema Nacional de Saúde), caso necessário. Após a entrevista, foram aplicados três instrumentos: CD-RISC, questionário sociodemográfico, e por último o ICPT. A recolha de dados (entrevistas e aplicação dos instrumentos) foi realizada nos meses de janeiro a março de 2020.

3.9 Procedimento de Análise de Dados

Para uma análise qualitativa dos dados e informação expressa durante as entrevistas, foi utilizado o *software* de análise de dados NVivo (versão 12.0 para Windows). Primeiramente, as entrevistas (gravadas em áudio) foram transcritas integralmente (formato escrito) e importadas para o programa referido. Neste *software* é possível realizar uma análise de conteúdo, que tem como objetivo uma descrição sistematizada e objetiva dos conteúdos e temas expressos. Na análise de conteúdo, a investigadora recorreu a categorias prévias (com base na literatura), bem como a novas categorias emergentes dos dados. Esta metodologia permite que a investigadora compreenda as representações da realidade dos indivíduos e as suas construções de significado.

Apesar da investigação ter por base uma metodologia qualitativa, foi complementada por uma metodologia quantitativa, tendo sido aplicados diferentes instrumentos: CD-RISC, questionário sociodemográfico e ICPT. Os resultados e dados obtidos foram analisados (análise estatística correlacional) com recurso ao programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS versão 26.0 para Windows).

Para se poder integrar a componente quantitativa com a qualitativa, os resultados obtidos foram divididos em diferentes níveis de resiliência e CPT: nível baixo, nível moderado e nível elevado. A informação referente aos diferentes níveis foi importada para o programa NVivo, de modo a ser possível relacionar todas as variáveis em estudo.

4. Resultados e discussão

O presente estudo contou com a colaboração de 6 participantes e teve como objetivo principal, aprofundar o conhecimento sobre as diferentes respostas adaptativas face a um tipo particular de evento potencialmente traumático: o encarceramento. Neste capítulo serão apresentadas: as estatísticas descritivas e correlacionais entre as diferentes variáveis; a comparação entre os níveis de resiliência e de CPT obtidos através dos instrumentos quantitativos e da entrevista semiestruturada; e, a análise de conteúdo das entrevistas realizadas através do *software* de análise de dados NVivo, focando a sintomatologia, suporte social e estratégias de *coping*.

4.1 Exposição Traumática

Todos os indivíduos que colaboraram na investigação foram presos pela primeira vez e estiveram em estabelecimentos prisionais de alto nível de segurança, sendo que os seis apontaram características negativas comuns relativamente ao ambiente em que viveram: perceção do ambiente prisional como perigoso ou violento (P1: “*Presenciei uma situação em que um parceiro matou outro parceiro, por não lhe ter dado um cigarro, aquilo era a selva...*”); condições péssimas (P2: “*As condições da prisão são: as sanitas eram um buraco no chão... tudo horrível.... Aquilo ali para apanhar doenças é fácil. Não havia condições mínimas, não havia nada. Tomar banho, era de água fria, mesmo no inverno. Os colchões, já usados por outros reclusos, cheios de bactérias, sujos... lençóis rasgados. Nem te quero descrever as condições, eram mesmo muito más.*”); alimentação

de má qualidade (P1: *“Havia comida podre, serviam mal, frango cru, hambúrguer cru, massa congelada, coisas assim...”*; P5: *“Tudo o que comes ali é mau. Comes o pequeno almoço, levas com baratas no leite, baratas no café... entras no refeitório, vês ratos a passar, ratos pequeninos, ratos grandes... aquilo é um grande lixo”*); espaços extremamente pequenos (P2: *“Eu estive numa cela em que... tínhamos umas cadeiras, a sanita era ao lado da minha cama, mesmo ao lado de onde ficava a minha cabeça. E era extremamente pequena. Era tudo assim. Por exemplo, no verão, com quase 40°C, imagina numa cela, extremamente pequena, tínhamos 9 pessoas com duas janelinhas... imagina o calor lá dentro. Eu, à noite, para dormir, para não morrer de calor, molhava o chão e deitava-me no chão molhado.”*); espaços sobrelotados (P4: *“Tens que partilhar a cela com outras pessoas, muito mais pessoas do que era suposto, conforme a lotação. Imagina uma cela de seis, estavam lá doze pessoas. Numa de três, estavam lá seis ou nove.”*); restrições, exigências e tempo passado dentro da cela (P6: *“É te-ne-bro-so! É... basicamente, o inferno. Lá estás completamente confinado, tens horas para tudo. Eu sou uma pessoa que gosta de liberdade, como qualquer outra pessoa. Se calhar há pessoas que não dão valor a isso, mas para mim, a liberdade é tudo! E estar ali... fechado, a veres as coisas através de uma grade...”*).

Três participantes referiram ainda ter sido alvo de sanções disciplinares e medidas restritivas, como o confinamento solitário e isolamento (P1: *“E tinham outros castigos, como passar a noite no “manco”, basicamente é um sítio super apertado e escuro, com uma cama no meio, e ficas lá 23h fechado, mas há quem fique lá um mês, dois meses e é pior que o outro castigo, ali não tens televisão, não tens lavatório, não tens espelho, não tens nada, só mesmo uma espécie de sanita para fazeres necessidades. Às vezes ficas lá um mês, vens respirar uma ou duas semanas e voltas”*). Os participantes que foram sujeitos a confinamento solitário, apresentaram mais sintomatologia psicológica, nomeadamente mais desconfiança interpessoal, mais hipersensibilidade sensorial e/ou estado de alerta, mais sintomatologia psicossomática, mais referências a medo do ambiente vivido e maior perceção do ambiente prisional como difícil ou perigoso. Apesar da exposição não ter ocorrido durante períodos longos de confinamento, estes resultados corroboram a ideia de Reiter et al. (2020) de que existe uma grande prevalência de sintomas psicológicos em reclusos que são expostos a este tipo de medidas disciplinares. No entanto, dois destes participantes foram os que obtiveram resultados mais elevados de crescimento psicológico no ICPT.

Todos os indivíduos envolvidos no estudo atribuíram significado ao evento: dois participantes perceberam o evento como sendo um castigo (P3: “*Deve ter sido um castigo de Deus, mas tinha mesmo de ser, tinha mesmo de ser senão eu não parava.*”); dois referiram ter sido o destino (P2: “*Epá, tinha que ser... tinha de acontecer. Eu acho que foi o destino, nem eu sabia que precisava de um abanão desses para me acalmar...*”); e cinco participantes encararam a situação adversa como uma lição de vida (P6: “*Foi algo muito inesperado, mas ao mesmo tempo encarei isso como uma lição de vida, porque aprendi muito lá, cresci muito lá dentro...*”).

4.2 Resiliência e Crescimento Pós-Traumático

A Tabela 1 apresenta as estatísticas descritivas dos resultados obtidos através da CD-RISC (resiliência) e do ICPT (crescimento pós-traumático).

Estatística Descritiva					
	N	Mínimo	Máximo	Média	Erro Desvio
Pontuação da CD Risc	6	58	88	77,17	13,091
Pontuação do ICPT	6	66	93	81,83	10,926
N válido (de lista)	6				

Tabela 1 – Estatísticas Descritivas da Resiliência e do CPT

A Tabela 2 mostra a correlação entre as duas variáveis (resiliência e CPT), de acordo com a pontuação obtida nos instrumentos quantitativos, sendo que existe um nível de associação moderado, no intervalo [0.30, 0.50[(Cohen et al, 2003). A Tabela 3 apresenta a correlação entre o tempo de pena e a resiliência, não tendo sido encontrada uma relação linear (a magnitude da associação é baixa), enquanto que a Tabela 4 indica um nível de associação elevado entre o tempo de pena e o crescimento pós-traumático, existindo uma correlação negativa, isto é, uma variável tende a aumentar à medida que a outra diminui. Uma vez que a amostra é de pequena dimensão, esta análise será apenas para fins complementares e os resultados obtidos aplicam-se, apenas, à amostra selecionada, não podendo ser generalizados para a população.

Correlação

		Pontuação da CD Risc	Pontuação do ICPT
Pontuação da CD Risc	Correlação de Pearson	1	,487
	Sig. (2 extremidades)		,327
	N	6	6
Pontuação do ICPT	Correlação de Pearson	,487	1
	Sig. (2 extremidades)	,327	
	N	6	6

Tabela 2 – Correlação entre o resultado total da CD-RISC e do ICPT

Correlação

		Pontuação da CD Risc	Tempo de pena
Pontuação da CD Risc	Correlação de Pearson	1	-,118
	Sig. (2 extremidades)		,824
	N	6	6
Tempo de pena	Correlação de Pearson	-,118	1
	Sig. (2 extremidades)	,824	
	N	6	6

Tabela 3 – Correlação entre o tempo de pena e o resultado total da CD-RISC (resiliência)

Correlação

		Tempo de pena	Pontuação do ICPT
Tempo de pena	Correlação de Pearson	1	-,684
	Sig. (2 extremidades)		,134
	N	6	6
Pontuação do ICPT	Correlação de Pearson	-,684	1
	Sig. (2 extremidades)	,134	
	N	6	6

Tabela 4 – Correlação entre o tempo de pena e o resultado total do ICPT (CPT)

Uma vez que a análise correlacional aponta uma possível relação entre o tempo de pena e o crescimento pós-traumático, foram formados grupos de comparação, tendo em conta a duração do tempo vivido pelos participantes dentro dos estabelecimentos

prisionais: penas curtas (até 3 anos) e penas longas. A Tabela 5 descreve os resultados individuais obtidos na CD-RISC e no ICPT e a média de cada grupo.

Relativamente ao nível de resiliência de cada grupo, de acordo com a CD-RISC, apenas um participante do grupo “Pena Curta” apresenta níveis de resiliência baixos [55-70[enquanto que os outros dois indicam níveis altos [85-100[. Novamente no grupo “Pena Longa”, um participante apresenta níveis de resiliência baixos [55-70[e dois participantes apresentam níveis moderados [70-85[. No entanto, os 6 participantes viveram o mesmo tipo de evento crítico (encarceramento – situação mais específica), e como tal pode-se comparar o nível de resiliência de cada grupo de acordo com os pontos de corte calculados a partir da média do grupo ($M = 77,17$) e desvio-padrão ($DP = 13,09$), assim sendo, o grupo “Pena Curta” apresenta níveis de resiliência mais baixos ($x < 64,08$) a moderados ($64,08 < x < 90,26$), e todos os participantes do grupo “Pena longa” apresentam níveis moderados. Comparando também a média dos dois grupos, percebe-se que não há diferenças significativas, o que indica que a maioria dos participantes tem capacidades para lidar com a adversidade, quando expostos a situações críticas e potencialmente disruptivas, mantendo níveis estáveis de funcionamento adaptativo e saúde psicológica (Bonanno, 2004, 2005; Connor, 2006) e, apesar de poderem experienciar sentimentos negativos e perturbações passageiras no seu funcionamento normal, conseguem preservar o seu nível normal de funcionamento e enfrentar novas experiências (Bonanno, 2004, 2005; Mancini & Bonanno, 2006).

Tendo em conta os níveis do ICPT, em ambos os grupos “Pena Curta” e “Pena Longa”, um participante indica um resultado moderado [50-75[e dois participantes apresentam níveis elevados de CPT [75-105[. Realizando uma comparação dos resultados, tendo em conta os pontos de corte definidos a partir dos resultados dos 6 participantes que estiveram presos ($M = 81,83$; $DP = 10,93$), o grupo “Pena Curta” apresenta níveis de crescimento pós-traumático moderados ($70,90 < x < 92,76$) e mais elevados ($x > 92,76$), e o grupo “Pena Longa” apresenta níveis mais baixos ($x < 70,90$) e moderados ($70,90 < x < 92,76$). Para além da comparação dos resultados individuais, é possível comparar também o nível de CPT de acordo com a média de cada grupo, sendo que o grupo “Pena Longa” apresenta uma média inferior ao grupo “Pena Curta”. Fontana e Rosenheck (1998) sugerem a existência de benefícios mais fortes em níveis de exposição intermediários, do que em níveis mais baixos ou mais altos, ou seja, a relação entre o crescimento psicológico e a severidade do trauma aparenta ser curvilínea. De acordo com Tedeschi e Calhoun (1996), os maiores graus de crescimento psicológico e

mudança estão associados a indivíduos que foram expostos a acontecimentos moderadamente exigentes. As experiências adversas devem ser desafiantes o suficiente para originar crescimento, mas não disruptivas ao ponto de impedir que esse processo ocorra (Triplett, Tedeschi, Cann, Calhoun, & Reeve, 2012), o que pode explicar o facto de o grupo “Pena Longa”, por ter um maior tempo de exposição a situações críticas e viver durante mais tempo num contexto adverso, apresentar resultados inferiores de crescimento psicológico, comparativamente aos participantes que foram condenados a uma pena mais curta, pois traumas demasiado severos podem sobrecarregar o funcionamento, as estruturas e os recursos psicológicos dos indivíduos (Calhoun & Tedeschi, 2006) resultando em níveis menos elevados de CPT.

Resultados individuais da CD-RISC e do PTGI e média de cada grupo				
	Resiliência (CD-RISC)		CPT (ICPT)	
Pena curta	58		73	
	86	M=77,33	89	M=85
	88		93	
Pena longa	63		79	
	84	M=77	91	M=78,67
	84		66	

Tabela 5 – Resultados individuais da CD-RISC e do IPCT e média de cada grupo

O crescimento pós-traumático foi avaliado não só através do ICPT como também a partir do conteúdo das entrevistas semiestruturadas, desta forma, foi realizada uma comparação entre os resultados obtidos no inventário e o número de referências de CPT ao longo das entrevistas (Tabela 6): mudanças positivas na filosofia de vida (P2: “*Em seis meses comprei casa, abri a minha academia, o ginásio, comprei o meu carro... isto tudo em seis meses... coisas que eu nunca tinha feito nem em 10 anos. Lá dentro pensei nos meus objetivos de vida, e consegui crescer. Muita gente sai dali e não sabe o que fazer... mas eu lá dentro já estava a planear tudo o que eu queria fazer, e como eu iria fazer para lá chegar.*”); na perceção de si (P6: “*É como se fosse uma pausa do mundo real, então és obrigado a pensar, a pensar sobre ti, pensas profundamente sobre tudo o que viveste e passaste. Olha, eu fiz uma autoanálise de tudo o que se passou e tudo o que fiz desde*

miúdo até crescer. Pensei em todas as pessoas que estiveram ao meu lado, todas as pessoas que passaram na minha vida e tudo aquilo que eu fiz. Fiz um refresh. (...) Falei com algumas pessoas e foquei-me em continuar a não fazer nenhuma asneira, e a ser uma pessoa ainda melhor, porque eu acho que cada um de nós pode sempre melhorar as atitudes e a nossa maneira de ser. Assim, usei aquele tempo para fazer algo positivo por mim próprio. Não podia deixar que fosse um tempo em vão.”); e nas relações interpessoais (P4: “Agora estou assente na realidade e dou valor a certas coisas que muita gente não dá. Por exemplo, ter um carro topo de gama ou ouro no pescoço, eu não me vou iludir mais com isso... Há coisas que têm muito mais valor... estar com o meu filho, também gosto de estar com os meus amigos mas muitas vezes venho para a rua brincar com o meu filho. Vou passear com ele, com a minha mulher também... Eu lá, nem tinha visita íntima. E agora dou valor a certas coisas. Ter estado preso trouxe mudanças para a minha vida, na forma como vejo o mundo, na forma como lido com os outros... Muito mesmo.”). À medida que os níveis de CPT obtidos no ICPT aumentam, também aumenta o número de referências a crescimento durante a entrevista, o que sugere uma associação positiva: o participante com o resultado mais baixo no ICPT fez menos referências a crescimento, enquanto o participante com o resultado mais elevado fez mais referências (P2: “Hoje em dia... quero é trabalhar, trabalhar, trabalhar, focar-me nos meus objetivos de vida... a minha casa, família, isso é que me interessa! Comecei a dar muito mais valor a estas coisas, à minha família, aos meus verdadeiros amigos... Tenho quatro ou cinco, conto na minha mão, dois são novos e os outros que me iam visitar à prisão. Esses ficaram sempre meus amigos!”). Desta forma, as evidências relativas a CPT encontradas na análise de conteúdo corroboram os resultados obtidos no inventário.

**Comparação entre o resultado do ICPT e o número de referências a CPT
durante a entrevista**

	CPT referido na entrevista
CPT baixo (ICPT) N=1	7 M=7
CPT moderado (ICPT) N=4	44 M=11
CPT elevado (ICPT) N=1	9 M=13

3.2 Sintomatologia Psicológica

A sintomatologia apresentada pelos participantes durante o período de encarceramento foi codificada em diversas categorias. A categoria “alterações do pensamento” engloba pensamentos ruminantes e/ou intrusivos (P1: “Às vezes *pensas, pensas, pensas, e ficas com a cabeça a estoirar, e não consegues dormir...*”), pensamentos irrealistas e/ou paranóides (P3: “*Falávamos pela janela, e eu ficava só a pensar... estou a falar com ele mas nem estou a vê-lo... sei lá se ele está na troça, se está a gozar comigo... ficava a pensar nisso. Ele podia não estar a ouvir-me... ficava a pensar que se calhar ele estava lá a dormir, ou a fumar a dele e não queria girar. Eu ficava com essas paranóias. Paranóias que tens por estares fechado. Estares fechado, sozinho...*”), e pensamentos em magoar os outros (P5: “*Já que estou aqui, se é para matar, vou matar alguém, não me vou matar a mim. Estou farta de os outros me aleijarem. Aleijaram-me. Eu aleijei... pessoas. Ali é a lei da sobrevivência*”).

A segunda categoria é relativa à desconfiança interpessoal (P3: “*Ali tu tens de ficar esperto, porque é um ambiente tipo selva. Tens de ficar com os olhos sempre bem abertos, quando estás ali no meio das pessoas. Tens que estar sempre, sempre atento.*”; P2: “*Todos os dias quando eu saía para o pátio e voltava, mal entrava na cela, eu revistava a cela toda, para ver se eles lá tinham posto droga ou qualquer outra coisa. Verificava se estava tudo bem, e depois ao sair, eu punha um papel no trinco, e conseguia perceber se tinham entrado ou não na minha cela. Às vezes o papel não estava lá, tinha caído no chão e eu percebia logo que alguém tinha entrado. Então, já sabia... tinha de revistar...*”).

O estado emocional negativo foi subdividido em: choque emocional (P4: “*Eu não estava à espera que isto fosse acontecer... claro que não. Não estava mesmo nada à espera. Foi um choque. Foi um choque.*”), negação (P5: “*Mas pronto, estava no elevador... e nunca mais me esqueço disso, estavam lá dois guardas, e assim que fechou a porta do elevador, vieram-me as lágrimas aos olhos. Não acreditava que ia para a cadeia...*”), culpa (P4: “*Ficava chateado... mas olha, o que é que eu poderia fazer? Nada. Eu é que fui culpado, eu é que fiz escolhas erradas.*”), revolta e zanga (P5: “*Comecei a ficar mesmo revoltado. Comecei a ser fatela para as pessoas, a ganhar uma frieza.... Ali,*

na cela, tens de ser um animal...”), e tristeza e sofrimento psicológico (P1: “Sentia-me muito triste, lá estás quase sempre triste...”).

Apenas um participante referiu excesso de controlo emocional (P3: “*Sim... há algumas pessoas que metiam medo... quer dizer não era bem medo deles, era receio que eles me fizessem alguma coisa... Os piores que lá havia. Mas nunca mostrei isso, nunca mostrei medo, para eles não verem que eu tinha medo*”).

Os participantes mencionaram sintomatologia relacionada com hipersensibilidade sensorial e/ou estado de alerta constante (P6: “*Na prisão fui obrigado a observar tanto, tanto, tanto, tanto, e a estar alerta a todos e a tudo ao meu redor.*”); isolamento e distanciamento social (P6: “*Eu era uma pessoa que lá, estava praticamente sempre sozinho, eu não gosto muito de estar com as pessoas, e gostava de estar sozinho, então preferia ficar isolado. Não ia muito ao pátio, ficava muito mais tempo dentro da cela.*”); e, perda de identidade e/ou desvalorização pessoal (P4: “*Eles fazem-te sentir mal, rebaixam-te enquanto pessoa. Lá, não tens valor nenhum, seja quem tu fores.*”).

Relativamente a sintomatologia psicossomática, alguns participantes referiram falta de apetite (P2: “*Mas para mim, que estou habituado a comer bem, cheguei ali e tremi. Perdi 10kg em meses. Foi muito difícil*”), aperto na garganta/peito e perturbações dos padrões de sono (P6: “*Eu tinha muitas dificuldades para dormir, não conseguia mesmo. Eu ficava noites em claro, e por isso chegou a um ponto que eu vi mesmo que precisava de ajuda e de tomar medicação*”).

A categoria “sintomatologia ansiosa” engloba ataques de ansiedade e preocupações excessivas (P6: “*Olha eu tinha sempre ataques de ansiedade, e lá dentro piorou, principalmente ao início. Eu já sou uma pessoa muito ansiosa, e depois com mais preocupações... lá é diferente, estás confinado a uma cela. Estás rodeado de pessoas que não conheces. Epá... muitas coisas.*”), medo do ambiente em que o participante viveu (P1: “*Aquilo é uma cadeia onde... todos têm confusão uns com os outros. Agora imagina. Tens de acordar todos os dias calçado, e com o espeto na cintura, espeto é uma coisa que a gente faz, tipo uma faca, como vês nos filmes... Tem que ser, para a nossa própria segurança. Aquilo é uma coisa louca.*”), e medo de voltar a ser preso (P4: “*Alterou tudo, eu para lá não volto mais! Tenho a certeza! Não desejo aquilo a ninguém.*”).

A Tabela 7 apresenta a sintomatologia reportada pelos participantes, sendo que não existem diferenças muito significativas entre os grupos. O grupo de “Pena Longa”, no entanto, apresenta mais alterações do pensamento (nomeadamente pensamentos em magoar os outros), mais referências sobre desconfiança interpessoal e

mais estados emocionais negativos. Todos os participantes apresentaram mais ou menos o mesmo tipo de sintomas, o que pode indicar que o evento adverso é extremamente exigente mesmo para indivíduos que estiverem presos menos de 3 anos.

Sintomatologia Psicológica		
	Pena Curta	Pena Longa
Alterações do pensamento	9	10
Pensamentos ruminantes e/ou intrusivos	6	5
Pensamentos irrealistas e/ou paranóides	3	2
Pensamentos em magoar os outros	0	2
Desconfiança interpessoal	9	12
Estado emocional negativo	17	19
Choque emocional	4	8
Negação	1	2
Culpa	2	2
Revolta e zanga	0	3
Tristeza e sofrimento psicológico	10	4
Excesso de controlo emocional	1	0
Hipersensibilidade sensorial ou estado de alerta	4	5
Isolamento e distanciamento social	9	3
Perda de identidade e/ou desvalorização pessoal	2	2
Perturbações dos padrões de sono	2	3
Sintomatologia ansiosa	8	8
Ataques de ansiedade	1	0
Preocupações excessivas	2	3
Medo do ambiente em que viveu	3	4
Medo de voltar a ser preso	2	1
Sintomatologia psicossomática	2	3
Sensação de aperto na garganta e/ou peito	0	1
Falta de apetite	2	2

Tabela 7 – Sintomatologia apresentada de acordo com o tempo de pena

Atendendo ao estado emocional negativo, e especificamente à tristeza e sofrimento psicológico, percebe-se que quanto maior o nível de CPT, maior o número de referências a sofrimento psicológico durante a entrevista (Tabela 8). Este resultado corrobora a ideia de que o crescimento pós-traumático é um processo contínuo e não pode ser visto como uma melhoria do bem-estar nem como uma diminuição do sofrimento psicológico (Calhoun & Tedeschi, 2006; Tedeschi & Calhoun, 2004). De acordo com Tedeschi e Calhoun (2004) tem de existir uma ameaça significativa e algum grau de sofrimento para que este processo cognitivo se possa originar, manter e até aumentar (P6: *“Era complicado... o mais complicado era não ter a minha liberdade. Mas pronto, se calhar se não tivesse sido preso, não era a mesma pessoa que sou agora, não estava onde estou e não tinha conseguido certas coisas na minha vida nem me tornado na pessoa que sou. Por isso é que eu digo, que apesar de tudo, foi bom ter-me acontecido isso. Para mim, foi um abre-olhos, para eu pôr os pés na terra. A maior parte das pessoas que andam aí se calhar andam com os pés nas nuvens... Às vezes é necessário acontecer uma coisa negativa na vida das pessoas para elas caírem na realidade”*).

Comparação entre o resultado do ICPT e o sofrimento psicológico	
	Sofrimento psicológico referido na entrevista
CPT baixo (ICPT) N=1	2 M=2
CPT moderado (ICPT) N=4	9 M=2,25
CPT elevado (ICPT) N=1	3 M=3

Tabela 8 – Comparação entre o resultado do ICPT e o sofrimento psicológico

4.3 Suporte Social

O suporte social foi analisado tendo em conta o apoio/suporte dos serviços e recursos institucionais e pessoas significativas. Relativamente ao suporte adequado, os participantes mencionaram muito mais o suporte de amigos (exteriores e outros reclusos),

namorada/companheira e família (P4: *“Apoiaram-me, a 100%. O meu irmão, a minha mulher, a minha mãe também. Apoiaram-me 100%. Mesmo! Eu nem queria que eles se dedicassem tanto, mas estiveram mesmo lá, sempre. Iam-me lá visitar, davam-me sempre apoio, financeiro e tudo”*), existindo apenas uma referência aos recursos institucionais (apoio psicológico). O suporte social inadequado incluiu os recursos institucionais – apoio psicológico e/ou psiquiátrico, assistência médica, educadoras e resposta inadequada a pedidos (P3: *“Sim havia, chamavam-te à psicóloga. Mas era mais por obrigação, porque ninguém ia por vontade própria, ninguém lá faz isso. Era mais por causa dos relatórios do guarda. Imagina, quem fizesse muita porcaria, era chamado mais vezes à psicóloga, de mês a mês talvez. Mas ela nem se preocupava de verdade, ela vai ter que mostrar isso né... mas não era uma preocupação genuína, quando eu falava com ela, só pensava em despachar”*), amigos e familiares. Os participantes referiram muito mais vezes os recursos institucionais como sendo uma fonte de suporte social ausente, nomeadamente a nível de apoio psicológico e assistência médica (P2: *“Nada nada... depois a medicação ali é zero. Se estiveres com uma gripe, não dão nada, dão-te só um comprimido para relaxamento muscular. Não há dentistas também, nada nada. Ali é para morreres. Eu vi, nos dois anos e tal que estive lá, vi morrer para aí seis ou sete pessoas”*). O participante com maior nível de resiliência foi o único que percecionou os recursos institucionais, nomeadamente o suporte psicológico, como adequado.

Na Tabela 9 percebe-se que os indivíduos com maiores resultados na CD-RISC referiram mais vezes a ausência de suporte, no entanto existe um número de referências de suporte social adequado muito maior, comparativamente aos participantes com baixos nível de resiliência. Também os participantes com níveis moderados demonstraram ter mais relações interpessoais positivas (16 referências; M=4) com outros reclusos e com guardas prisionais dentro do estabelecimento prisional. Os indivíduos com níveis mais baixos de resiliência referiram menos vezes a ausência de suporte social, no entanto, apresentam muito menos referências a suporte social adequado e demonstram, em maior número de referências, ter tido suporte social inadequado (Tabela 9). Estes dois participantes também fizeram menos referências a relações interpessoais positivas dentro do estabelecimento prisional (4 referências; M=2). Apesar da pequena dimensão da amostra, os resultados encontrados corroboram a ideia de que o suporte social pode ser um fator promotor de resiliência (Bonanno et al., 2007).

Comparação entre a resiliência (CD-RISC) e o suporte social (nº de referências na entrevista)			
	Suporte Social Adequado	Suporte Social Inadequado	Suporte Social Ausente
Níveis baixos de resiliência (N=2)	9 M = 4,5	14 M=7	3 M=1,5
Níveis moderados de resiliência (N=4)	33 M =8,25	20 M=5	10 M=2,5

Tabela 9 – Comparação entre a resiliência (CD-RISC) e o suporte social (número de referências)

4.4 Estratégias de coping e envolvimento em atividades e programas

As estratégias de *coping* foram analisadas e divididas em: estratégias de *coping* adaptativas – orientadas para a resolução de problemas (P3: “*Comprei um telemóvel. Ajudou-me imenso... fogo, se ajudou! Sem telemóvel o tempo não passava, mas com telemóvel, ajudava... tinha instagram, tinha tudo. Eu estava lá dentro, mas assim conseguia ver o mundo lá fora*”) e regulação emocional (P6: “*Eu não posso obrigar as pessoas a serem de determinada maneira, ou a serem como eu queria que elas fossem, então eu próprio tive que arranjar estratégias para conseguir lidar com as pessoas, sem me stressar. E hoje em dia já levo tudo na boa, tudo mais tranquilo, mas isso é consequência da mudança que eu próprio fiz*”), estratégias de *coping* não-adaptativas (nomeadamente o consumo de substâncias, P1: “*A ganza é uma terapia dentro da cadeia, muita gente cá fora pode pensar que não, mas todos os rapazes que estão dentro da cadeia e que fumam vão-te dizer isso! A ganza é uma terapia dentro da cadeia, e porquê? Se tu pensares muito, e fumares, tu dormes, e só acordas no dia seguinte. É como se estivesses a levar uma anestesia, e acordasses tranquilo, no dia a seguir.*”) e estratégias de evitamento que permitem a diminuição do sofrimento (P3: “*Forçava para dormir... tinha de dormir. Fechava os olhos para não sentir fome, e para nem me lembrar que estava ali dentro (...)* depois, como percebi que aquilo me acalmava, metia-me mais suave, deixava de sentir aquele peso de... fogo estou aqui preso... eu tentava nem me lembrar disso, mas sem nada era difícil, e fumar... fazia com que eu não pensasse nisso,

era o meu escape”). Os resultados da Tabela 10 demonstram que o participante com níveis maiores de crescimento demonstrou mais estratégias de *coping* adaptativas e nenhuma estratégia de *coping* inadaptativa, contrariamente ao participante com nível mais baixo de CPT que não referiu nenhuma estratégia de *coping* adaptativa e apenas relatou estratégias de *coping* não adaptativas. Relativamente às estratégias de evitamento, o participante com resultados mais baixos no ICPT refere diversas estratégias (dormir, ficar na cela e consumo de substâncias para “esquecer”) enquanto o participante com maiores níveis de CPT refere apenas a utilização de uma estratégia de evitamento.

Os autores (Tedeschi e Calhoun, 2004) referem que o acontecimento adverso pode não afetar muito os indivíduos que tenham boas estratégias e mecanismos de *coping*, e, que por isso, podem apresentar níveis mais baixos de CPT, no entanto, os resultados desta investigação, contradizem esta ideia e corroboram as evidências da literatura que sugerem que o processo de crescimento pode resultar de um conjunto de capacidades de *coping* bem-sucedidas (Nishi, Matsuoka, & Kim, 2010) e que diversas estratégias de *coping* estão associadas ao CPT, entre as quais: *coping* focado na resolução de problemas e *coping* religioso (Barskova & Oesterreich, 2009; Linley & Joseph, 2004).

Estratégias de <i>Coping</i> referidas ao longo da entrevista			
	CPT baixo (N=1)	CPT moderado (N=4)	CPT elevado (N=1)
Estratégias de <i>coping</i> adaptativas	0	15 M=3,75	4
Orientadas para a resolução de problemas	0	8 M=2	3
Orientadas para a regulação emocional	0	7 M= 1,75	1
Espiritualidade como estratégia de <i>coping</i>	0	3 M=0,75	1
Estratégias de coping não adaptativas			
Consumo de substâncias	4	5 M=1,25	0
Evitamento	5	7 M=1,75	1
Dormir	1	1 M=0,25	1
Ficar na cela	1	3 M=0,75	0
“Fumar para esquecer”	3	3 M=0,75	0

Tabela 10 – Comparação entre o nível de CPT (ICPT) e as estratégias de coping utilizadas em número de referências durante a entrevista

O ajustamento positivo dos reclusos à vida na prisão é aprimorado pelo acesso a programas e serviços de reabilitação que devem ser fornecidos pelo estabelecimento: acesso a atividades recreativas (P4: *Comecei a pintar quadros, quer dizer já pintava, fazia graffitis, mas ali, na prisão comecei a fazer quadros, e vendi muitos quadros. (...) A minha primeira precária, deram-me porque eu participei num concurso, e a exposição esteve noutra país da Europa, e eu fiquei entre os 100 melhores, e como era reconhecido internacionalmente, então concederam-me a precária*”), atividades religiosas (P3: *“Eu ia ao grupo dos “Samaritanos”... era um grupo religioso, uma espécie de culto. Eles ensinavam-nos a rezar e falavam de coisas espirituais*”), trabalho (P6: *“Nunca tinha feito jardinagem, mas ali comecei a fazer e arranjei aquilo tudo. Tirava as ervas daninhas, tratava das flores, limpava o jardim. Assim quem vinha de fora, entrava pelo portão e tinha outro ar. Aquilo antes parecia um matagal, e depois, num espaço de dias, pus aquilo tudo bonito. E isso era uma maneira de eu me sentir ocupado, eu precisava mesmo de me ocupar, de ocupar o meu tempo e a minha cabeça. Eles nem me pediram para eu fazer aquela parte, mas eu fiz por vontade própria, dou sempre o meu melhor. É a minha maneira de ser, e as pessoas claro que ficavam contentes ou surpreendidas, e viam que eu fazia um bom trabalho*”), programas de prevenção e promoção da saúde e serviços de reabilitação (P6: *“Fui para os Alcoólicos Anónimos. Eu era uma pessoa que bebia muito, e quando bebia fazia muitas asneiras... mas fui acompanhado por vontade própria, e continuei a ir aos Alcoólicos Anónimos praticamente até sair*”), e programas educacionais (P3: *“Na prisão também andei na escola. Quando eu entrei só tinha o 6º ano, então fui para a escola e fiz o 7º ano. Tínhamos aulas lá, éramos só quatro porque nem toda a gente quer ir para a escola... mas eu tentava aproveitar as poucas oportunidades que eles davam*”) (Nakato, 2017; Novais, Ferreira & Santos, 2010).

Neste sentido, a partir das entrevistas foram analisadas as atividades em que os ex-reclusos participaram (Tabela 11). O indivíduo com nível mais baixo de crescimento apenas referiu o desporto e jogos; os indivíduos de nível moderado referiram a participação em várias atividades (atividades religiosas, escola, trabalho, desporto, atividades recreativas e programas de reabilitação como por exemplo os Alcoólicos Anónimos), e o indivíduo com maior crescimento fez bastantes referências a atividades desenvolvidas durante o tempo de condenação. Estes resultados demonstram que o acesso a programas, atividades e serviços de reabilitação pode estar associado não só ao ajustamento positivo dos reclusos, mas também promover o crescimento pós-traumático.

Participação em atividades, serviços e programas institucionais			
	CPT baixo (N=1)	CPT moderado (N=4)	CPT elevado (N=1)
Atividades e Programas Institucionais	3	24 M=6	13
Atividades recreativas	1	8 M=2	5
Leitura	0	3 M=0,75	3
Jogos	1	2 M=0,50	1
Música	0	1 M=0,25	0
Escrita	0	0	1
Pintura	0	2 M=0,50	0
Atividades religiosas	0	1 M=0,25	0
Escola	0	2 M=0,50	3
Trabalho	0	4 M=1	3
Desporto	2	5 M=1,25	2
Programas e Serviços de Reabilitação	0	4 M=1	0

Tabela 11 – Comparação entre o nível de CPT (ICPT) e a participação em atividades/programas

5. Conclusão e Limitações

A presente investigação tem como principal objetivo explorar de que forma as características da situação vivida (encarceramento) se relacionam com a resiliência e o crescimento pós-traumático (CPT). O estudo contou com uma amostra de 6 indivíduos, ex-reclusos, que viveram em estabelecimentos prisionais durante, pelo menos, 12 meses, sendo uma população pouco estudada em Portugal.

Tal como em estudos anteriores, também o presente estudo, sustenta a existência de uma relação positiva entre o conceito de resiliência e o de CPT (Faria-Anjos, 2019; Nishi, Matsuoka, & Kim, 2010; Ogińska-Bulik, 2015) e um nível de associação elevado entre o tempo de pena e o crescimento pós-traumático, existindo uma correlação negativa entre os dois construtos, isto é, à medida que uma variável aumenta, a outra diminui. O grupo “Pena Longa” apresenta resultados inferiores de crescimento psicológico, comparativamente aos participantes que foram condenados a uma pena mais curta, o que levanta a hipótese de que períodos de tempo mais alargados de exposição a situações

críticas e vivência num contexto adverso podem causar traumas demasiado severos que sobrecarregam o funcionamento, as estruturas e os recursos psicológicos dos indivíduos resultando em níveis menos elevados de CPT (Calhoun & Tedeschi, 2006). No estudo transversal, foi considerado o tempo de condenação do indivíduo, no entanto, não foi contemplado o tempo de libertação do indivíduo, o que pode ter influenciado e enviesado os resultados, uma vez que o tempo é um fator que influencia o processo de crescimento psicológico, sendo esta uma das limitações principais da investigação. A resiliência e o CPT, enquanto processos, são susceptíveis a mudanças, pelo que um estudo longitudinal permitiria compreender melhor a relação entre estas variáveis, antes, durante o encarceramento e após a libertação.

Tedeschi e Calhoun (2004) defendem que o crescimento pós-traumático é um processo contínuo e não pode ser visto como uma melhoria do bem-estar nem como uma diminuição do sofrimento psicológico, e que é necessária uma ameaça significativa e algum grau de sofrimento para que este processo cognitivo se possa originar, manter e até aumentar. Apesar da diferença de crescimento psicológico entre os participantes dos diferentes grupos, não foram identificadas diferenças muito significativas relativamente à sintomatologia geral apresentada pelos mesmos, pelo que surge a relevância em aprofundar a relação entre estas duas variáveis. No entanto atendendo especificamente à tristeza e sofrimento psicológico, percebe-se que quanto maior o nível de CPT, maior o número de referências a sofrimento durante a entrevista realizada, desta forma, os resultados da investigação aparentam fortalecer a teoria dos autores.

A literatura tem demonstrado evidências de que existe uma associação positiva entre o suporte social (presente e adequado) e trajetórias de resiliência e ajustamento psicológico (Bonanno et al., 2007). Os resultados do estudo indicam que os indivíduos com maiores níveis de resiliência referiram muito mais a presença de suporte social adequado comparativamente aos participantes com baixos níveis de resiliência, corroborando a ideia de que o suporte social pode ser um fator promotor de resiliência.

A presente investigação procurou explorar também a relação entre as estratégias de *coping* e o CPT, uma vez que diversos autores defendem que o processo de crescimento psicológico pode resultar a partir de um conjunto de capacidades de *coping* bem-sucedidas e que diversas estratégias de *coping* estão associadas a maiores níveis de CPT (Barskova & Oesterreich, 2009; Linley & Joseph, 2004; Nishi, Matsuoka, & Kim, 2010), sendo que os resultados do estudo vão ao encontro desta teoria indicando uma associação positiva entre os dois construtos: o indivíduo com maiores níveis de

crescimento demonstrou mais estratégias de *coping* adaptativas e nenhuma estratégia de *coping* inadaptativa, contrariamente ao participante com nível mais baixo que não fez referência a estratégias adaptativas e apenas relatou estratégias de *coping* inadaptativas.

O sistema prisional, articulado com outras entidades, deve facultar o acesso a programas específicos, atividades e serviços de reabilitação que promovam o desenvolvimento de competências, capacidades, aptidões e estilos de vida mais saudáveis (DGRSP, 2020; Nakato, 2017; Novais, Ferreira & Santos, 2010), neste sentido, a presente investigação procurou explorar quais as atividades desenvolvidas pelos ex-reclusos durante o tempo de condenação, e qual a sua relação com o crescimento psicológico. Os resultados indicam que os participantes com maiores níveis de CPT fizeram mais referências e estiveram envolvidos em mais atividades e programas, o que sugere que as atividades e serviços de reabilitação podem estar associados não só a um melhor ajustamento dos reclusos, mas também promover o crescimento psicológico.

Uma das grandes limitações do estudo é a pequena dimensão da amostra (N=6). Apesar de se tratar de um estudo qualitativo de carácter exploratório e não existir uma preocupação excessiva com o tamanho da amostra, existiu, contudo, uma dificuldade acrescida na procura de participantes, não só por ser uma população de difícil acesso mas também devido às restrições impostas pela pandemia de COVID-19. Deste modo, estudos futuros poderão utilizar uma metodologia mista, com recurso a uma amostra representativa da população e baterias de teste, para que haja uma maior preocupação com a generalização dos resultados, contribuindo para um conhecimento mais sustentado sobre o crescimento pós-traumático. O estudo poderia ter explorado e analisado mais extensivamente outras variáveis relevantes e que podem ter impacto nos processos de resiliência e CPT. Contudo, existe uma grande vantagem em estudar populações específicas, nomeadamente indivíduos que viveram ou vivem em contextos tão particulares como os estabelecimentos prisionais. Estudos futuros, e bem sustentados, poderão ser extremamente úteis para o desenvolvimento de programas de intervenção adequados, contribuindo para a consciencialização e intervenção técnica dos profissionais dos serviços prisionais. Programas e intervenções orientadas para o trauma psicológico podem ser críticos para a vida e bem-estar psicológico dos reclusos, não só porque contribuem para a identificação de indivíduos com maior vulnerabilidade e em maior risco de desenvolver perturbações psicológicas, como também para a promoção de desenvolvimento de capacidades, estratégias e competências para lidar com situações adversas e eventos potencialmente traumáticos.

Referências

- Adams, C., & Ireland, J. L. (2018). The role of beliefs and trait aggression in prison bullying among young offenders. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 29(3), 351-367.
- Alexander, D. A. (2005). Early mental health intervention after disasters. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11(1), 12-18.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). Washington, DC.
- Angst, R. (2017). Psicologia e resiliência: uma revisão de literatura. *Psicologia argumento*, 27(58), 253-260.
- Atwoli, L., Stein, D. J., King, A., Petukhova, M., aguiar-Gaxiola, S., Alonso, J., . . . Collaborators, W. H. O. W. M. H. S. (2017). Posttraumatic stress disorder associated with unexpected death of a loved one: Cross-national findings from the world mental health surveys. *Depress Anxiety*, 34(4), 315-326. doi: 10.1002/da22579
- Barskova, T., & Oesterreich, R. (2009). Post-traumatic growth in people living with a serious medical condition and its relations to physical and mental health: A systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 31(21), 1709–1733.
- Benjet, C., Bromet, E., Karam, E. G., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Ruscio, A. M., Koenen, K. C. (2016) The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychol Med*, 46(2), 327-343. doi: 10.1017/S0033291715001981
- Bensimon, M. (2012). Elaboration on the association between trauma, PTSD and posttraumatic growth: The role of trait resilience. *Personality and Individual Differences*, 52(7), 782–787. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.01.011>

Bonanno, G. A. (2004). Loss, Trauma, and Human Resilience: Have we Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *American Psychologist*, 59(1), 20-28. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>

Bonanno, G. A. (2005). Resilience in the Face of Potential Trauma. *Current Directions in Psychological Science*, 14(3), 135-138. <https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2005.00347.x>

Bonanno, G. A., & Diminich, E. D. (2013). Annual Research Review: Positive adjustment to adversity – trajectories of minimal-impact resilience and emergent resilience: Annual Research Review – Positive adjustment to adversity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(4), 378-401. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12021>

Bonanno, G. A., Galea, S., Bucciarelli, A., & Vlahov, D. (2007). Psychological resilience after disaster: New York City in the aftermath of the September 11th terrorist attack. *Psychological Science*, 17(3), 181-186.

Bonanno, G. A., & Mancini, A. D. (2008). The Human Capacity to Thrive in the Face of Potential Trauma. *Pediatrics*, 121(2), 369-375. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-1648>

Bonanno, G. A., Romero, S.A., & Klein, S. I. (2015). The Temporal Elements of Psychological Resilience: An Integrative Framework for the Study of Individuals, Families, and Communities. *Psychological Inquiry*, 26(2), 139-169. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2015.992677>

Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748-766. doi: 10.1037/0022-006X.68-5-748

Brofenbrenner, U. (1979). The ecology of human development: Experiments by nature and design. Cambridge: Harvard University Press.

Brofenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology*, 22.

Brofenbrenner, U. (2005). Making human beings human: Bioecological perspectives on human development. Thousand Oaks, CA: Sage Publications Ltd.

Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2006). The foundations of posttraumatic growth: An expanded framework. *Handbook of posttraumatic growth: Research and Practice*, 3-23.

Cohen, J., Cohen, P., West, S. G., & Aiken, L. S. (2013). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences*. Routledge.

Combalbert, N., Pennequin, V., Ferrand, C., Armand, M., Anselme, M., & Geffray, B. (2018). Cognitive impairment, self-perceived health and quality of life of older prisoners. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 28(1), 36-49.

Connor, K. (2006). *Assessment of Resilience in the Aftermath of Trauma* (vol. 67 Suppl 2).

Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>

Daquin, J. C., & Daigle, L. E. (2018). Mental disorder and victimisation in prison: Examining the role of mental health treatment. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 28(2), 141-151.

Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (2018). *Relatório Estatístico Anual: Total de mortes, segundo a causa, sexo e nacionalidade nos estabelecimentos prisionais em 31 de dezembro*. Disponível em: <https://dgrsp.justica.gov.pt/Estat%C3%ADsticas-e-indicadores/Prisionais#EstatsticasAnuais>

Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (2020). Penas e medidas privativas da liberdade. Disponível em: <https://dgrsp.justica.gov.pt/Justi%C3%A7a-de-adultos/Penas-e-medidas-privativas-de-liberdade>

Drakulevski, A. G. (2017). The Nelson Mandela Rules: The Revised United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners-Short Review. *Iustinianus Primus L. Rev.*, 8, 1.

Dudeck, M., Drenkhahn, K., Spitzer, C., Barnow, S., Kopp, D., Kuwert, P., ... & Dünkel, F. (2011). Traumatization and mental distress in long-term prisoners in Europe. *Punishment & Society*, 13(4), 403-423.

Efta-Breitbach, J., & Freeman, K. A. (2004). Recidivism and resilience in juvenile sexual offenders: An analysis of the literature. *Journal of Child Sexual Abuse*, 13(3-4), 257-279.

Faria-Anjos, J. (2019). *Resiliência, Crescimento pós-traumático e trauma: Trajetórias de adaptação a um evento potencialmente traumático e a influência do processo de construção de significado*. Tese de Doutoramento em Psicologia. Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa: Lisboa.

Faria-Anjos, J., dos Santos, M. J. H., Ribeiro, M. T., & Moreira, S. (2019). Connor-Davidson Resilience Scale: validation in a Portuguese sample.

Fletcher, D., & Sarkar, M. (2013). Psychological Resilience: A Review and Critique of Definitions, Concepts, and Theory. *European Psychologist*, 18(1), 12-23. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000124>

Folkman, S. & J. Moskowitz. (2004). Coping: pitfalls and promise. *Ann. Rev. Psychol.* 55, 745-774.

Fontana, D., & Rosenheck, R. (1998). Psychological benefits and liabilities of traumatic exposure in the war zone. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 485-505.

Freitag, R. M. K. (2018). Amostras sociolinguísticas: probabilísticas ou por conveniência? *Revista de Estudos da Linguagem*, 26(2), 667-686.

Galea, S., Tracy, M., Norris, F., & Coffey, S. F. (2008). Financial and social circumstances and the incidence and course of PTSD in Mississippi during the first two

years after Hurricane Katrina. *Journal of Traumatic Stress*, 21(4), 357-368. Doi: 10.1002/jts.20355

Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. *Handbook of qualitative research*, 2(163-194), 105.

Guerreiro, D., Brito, B., Batista, J.L., & Galvão, F. (2007). Stress Pós-traumático. Os Mecanismos do Trauma. *Acta Med*, 20, 247-354.

Guo, M., Gan, Y., & Tong, J. (2013). The role of meaning-focused coping in significant loss. *Anxiety, Stress & Coping*, 26(1), 87-102. doi: 10.1080/10615806.2011.627507

Haney, C. (2003). The psychological impact of incarceration: Implications for post-prison adjustment. Prisoners once removed: *The impact of incarceration and reentry on children, families, and communities*, 33, 66

Haney, C. (2012). Prison effects in the era of mass incarceration. *The Prison Journal*, 0032885512448604.

Helgeson, V. S., Reynolds, K. A., & Tomich, P. L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5), 797–816. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.5.797>

Hepp, U., Gamma, A., Milos, G., Eich, D., Ajdacic-Gross, V., Rössler, W., . . . Schnyder, U. (2006). Prevalence of exposure to potentially traumatic events and PTSD. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 256(3), 151-158. Doi: 10.1007/s00406-005-0621-7

Infante, F. (2005). A resiliência como processo: uma revisão da literatura recente. *Resiliência: Descobrimos as Próprias Fortalezas*, 23-38.

Levine, S. Z., Laufer, A., Stein, E., Hamama-Raz, Y., & Solomon, Z. (2009). Examining the relationship between resilience and posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress*, 22(4), 282–286. <https://doi.org/10.1002/jts.20409>

Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress, 17*(1), 11–21.

Litz, B. T., Gray, M. J., Bryant, R. A., & Adler, A. B. (2002). Early intervention for trauma: Current status and future directions. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*(2), 112-134. doi: 10.1093/clipsy/9.2.112

Maercker, A., & Zoellner, T. (2004). The Janus face of self-perceived growth: Toward a twocomponent model of posttraumatic growth. *Psychological Inquiry, 15*(1), 41–48.

Mancini, A. & Bonanno, A. (2006). Resilience in the face of Potencial Trauma: Clinical practices and illustrations. *Journal of Clinical Psychology: in session, 62* (8), 971-985.

Mancini, A. & Bonanno, A. (2007). *The Human Capacity to Thrive in the Face of Potencial Trauma. Pediatrics, 121*.

Nakato, C. (2017). *Female inmate adjustment in prison* (Doctoral dissertation).

Nash, W. P., Boasso, A. M., Steenkamp, M. M., Larson, J. L., Lubin, R. E., & Litz, B. T. (2015). Posttraumatic stress in deployed Marines: Prospective trajectories of early adaptation. *Journal of abnormal psychology, 124*(1), 155-171. doi: 10.1037/abn0000020

Nishi, D., Matsuoka, Y., & Kim, Y. (2010). Posttraumatic growth, posttraumatic stress disorder and resilience of motor vehicle accident survivors. *BioPsychoSocial Medicine, 4*(1), 7.

Novais, F. A. G., Ferreira, J. A., & Santos, E. R. D. (2010). Transição e ajustamento de reclusos ao estabelecimento prisional.

Ogińska-Bulik, N. (2015). The Relationship Between Resiliency and Posttraumatic Growth Following the Death of Someone Close. *OMEGA - Journal of Death and Dying, 71*(3), 233–244. <https://doi.org/10.1177/0030222815575502>

Peres, J. F. P., Moreira-Almeida, A., Nasello, A. G., & Koenig, H. G. (2007). Spirituality and Resilience in Trauma Victims. *Journal of Religion and Health*, 46(3), 343-250. <https://doi.org/10.1007/s10943-006-9103-0>

Pesce, R. P., Assis, S. G., Santos, N., & Oliveira, R. de. (2004). Risco e proteção em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(2), 135-143

Poseck, B., Baquero, B. & Jiménez., M. (2006). La Experiencia Traumática des de la Psicología Positiva: Resiliencia Y Crecimiento Postraumático. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 40-49.

Reiter, K., Ventura, J., Lovell, D., Augustine, D., Barragan, M., Blair, T., ... & Strong, J. (2020). Psychological Distress in Solitary Confinement: Symptoms, Severity, and Prevalence in the United States, 2017–2018. *American Journal of Public Health*, 110(S1), S56-S62.

Resende, C., Sendas, S., & Maia, Â. (2008). Estudo das características psicométricas do Posttraumatic Growth Inventory-PTGI-(Inventário de Crescimento Pós-Traumático) para a população portuguesa. Retrieved from <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/11225>

Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 307-321.

Rodrigues, D. R. (2014). *Psicopatologia e resiliência: um estudo com reclusos* (Doctoral dissertation).

Sánchez, F. C., Ignatyev, Y., & Mundt, A. P. (2019). Associations between childhood abuse, mental health problems, and suicide risk among male prison populations in Spain. *Criminal behaviour and mental health*, 29(1), 18-30.

Schlossberg, N. K., Waters, E. B. & Goodman, J. (1995). *Counseling adults in transition: Linking Practice with Theory*. New York: Springer.

Sousa, M. & Batista, C. (2011). *Como fazer investigação, dissertações, teses e relatórios*. Lisboa: PACTOR.

Taylor, P. C., & Medina, M. N. D. (2013). Educational research paradigms: From positivism to multi-paradigmatic. *Meaning Centered Education*, 1.

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455-471. <https://doi.org/1007/BF02103658>

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological inquiry*, 15(1), 1-18.

Thomas, P., Fovet, T., & Amad, A. (2015, May). Psychiatrie en milieu pénitentiaire, entre nécessité et ambiguïté. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 173, No. 4, pp. 348-351). Elsevier Masson.

Torres Bernal, A. & Mile, D. (2011). Healing from Trauma: Utilizing Effective Assessment Strategies to Develop Accessible and Inclusive Goals. *Kairos*, 1(1-2).

Triplett, K. N., Tedeschi, R. G., Cann, A., Calhoun, L. G., & Reeve, C. L. (2012). Posttraumatic growth, meaning in life, and life satisfaction in response to trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(4), 400-410. Doi: 10.1037/a0024204

Westphal, M., & Bonanno, G. A. (2007). Posttraumatic Growth and Resilience to Trauma: Different Sides of the Same Coin or Different Coins? *Applied Psychology*, 56(3), 417–427. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2007.00298.x>

Wilson, J. P., & Keane, T. M. (2004). *Assessing Psychological Trauma and PTSD*. New York: Guilford Press.

World Health Organization (2003). *Mental Health in Emergencies: Mental and Social Aspects of Health in Populations Exposed to Extreme Stressors*. Geneva: WHO.

Yanez, B. R., Stanton, A. L., Hoyt, M. A., Tennen, H., & Lechner, S. (2011). Understanding Perceptions of Benefit Following Adversity: How Do Distinct Assessments of Growth Relate to Coping and Adjustment to Stressful Events? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 30(7), 699–721. <https://doi.org/10.1521/jscp.2011.30.7.699>

Yehuda, R., Flory, J., Southwick, S. & Charney, D. (2006). Developing an Agenda for Transitional Studies of Resilience and Vulnerability Following Trauma Exposure. *Ann, N.Y. Acad. Sci.*, 1071, 379-396.

ANEXOS

Anexo I – Guião da Entrevista Semiestruturada

Áreas Temáticas	Objetivos	Exemplos de Perguntas
Caracterização da situação vivida e das variáveis contextuais	<p>Não sendo intrusivo e sem aprofundar detalhes que possam ser causadores de ansiedade ou mal-estar, tentar perceber da narrativa espontânea do participante o grau de envolvimento e exposição a estímulos:</p> <p><i>Era esperado ou não, espaço, duração da pena, controlo e vigilância, mudança de papéis, experiência anterior; dependência da estrutura institucional; hipervigilância e desconfiança interpessoal; controle emocional; alienação e distanciamento psicológico isolamento social; incorporação de normas da cultura prisional; percepção de valor próprio e valor pessoal; ajustamento.</i></p>	<p>Podemos falar um pouco do que aconteceu quando foste preso?</p> <p>Até que ponto ir para a prisão foi uma situação inesperada para ti?</p> <p>Em que estabelecimento prisional estiveste? Qual a duração da pena?</p> <p>Foi a primeira vez que estiveste preso?</p> <p>Como te sentiste quando soubeste que ias preso / quando foste preso?</p> <p>Como é que foste reagindo ao que estava a acontecer? Como reagiste quando soubeste da notícia? E quando te fostes adaptando à vida lá dentro?</p> <p>Como descreves o ambiente em que viveste?</p> <p>Como encaraste as regras e normas da instituição? Existiam também regras “não oficiais” entre os reclusos?</p> <p>Como era a tua relação com os outros (funcionários e reclusos)?</p>
Sintomatologia Psicológica	<p>Avaliar a sintomatologia despoletada pelo acontecimento vivido</p> <p>Avaliar se a sintomatologia referida já era prévia ao EPT.</p> <p><i>caos interno, desorganização, stress, medo, percepção de identidade comprometida, hipersensibilidade a estímulos, disfunções cognitivas (confusão, perda de memória, pensamentos ruminantes); irritabilidade, raiva, agressão, comportamentos violentos, destruição de propriedades, desesperança, depressão crónica, automutilação, ideação suicida, impulsos e comportamentos suicidas, ansiedade e ataques de pânico, alucinações, psicose e/ou paranoia, deterioração da saúde mental</i></p>	<p>Em termos daquilo que tu sentias, há alguma coisa no teu corpo, reações físicas, alterações do pensamento, ou alterações no teu comportamento quando foste preso?</p> <p>Em que situações específicas sentias esse tipo de sintomas?</p>
Consequências do acontecimento vivido	<p>Compreender as mudanças despoletadas pelo acontecimento.</p>	<p>De que forma o facto de teres estado preso alterou a tua vida?</p> <p>O que mudou quando estavas lá dentro? E depois de saíres?</p> <p>Estás a lidar com alguma dificuldade que possa ter surgido devido a teres estado preso?</p>

Stress percebido	<p>Perceber quais as tarefas inesperadas com as quais tem de se confrontar.</p> <p>Aprofundar o conhecimento sobre a perceção de controlo e competência face às tarefas a realizar ou dificuldades inesperadas.</p>	<p>Como tem sido gerir tudo isto? Que desafios/dificuldades tens sentido que advêm da situação que viveste?</p> <p>Como conseguiste ou consegues gerir essas alterações?</p>
Estratégias de coping	<p>Estratégias de <i>coping</i> adaptativas e não adaptativas.</p> <p>Consumos / Automedicação.</p> <p>Atividades recreativas e/ou religiosas, programas e serviços de reabilitação.</p>	<p>Quando estavas preso, como lidavas com a situação?</p> <p>Fazias algum tipo de atividade lá dentro que te ajudasse?</p> <p>Há alguma coisa ou alguém que te ajude ou tenha ajudado a sentires-te melhor?</p>
Suporte social	<p>Avaliar a adaptabilidade familiar.</p> <p>Perceber que recursos sociais perceciona: Amigos / Vizinhos / Comunidade</p> <p>Perceber que recursos institucionais considera.</p>	<p>Como é que a tua família lidou com o que aconteceu? Apoiaram-se uns aos outros?</p> <p>Para além da família há mais alguém que tenha sido particularmente importante para ti naquele momento?</p> <p>Na altura, tiveste algum tipo de apoio? Apoio psicológico?</p>
Significado atribuído ao acontecimento	<p>Avaliar o significado atribuído ao acontecimento (castigo, destino...).</p>	<p>Que significado atribuis à experiência do encarceramento?</p> <p>O que é que significou para ti teres estado preso?</p> <p>Consideras que isto teve algum significado? Que isto aconteceu por alguma razão?</p>
Espiritualidade	<p>Avaliar a espiritualidade</p>	<p>Consideras-te espiritual?</p> <p>Acreditas que existe algo superior... uma entidade.... Alguma coisa que te ajude?</p> <p>Achas que essa entidade te ajudou a ultrapassar esses momentos difíceis?</p>
Impacto da crise	<p>Avaliar se a situação vivida teve algum impacto na vida e na visão indivíduo.</p>	<p>Consideras que teres estado preso tornou-te numa pessoa diferente? Em que sentido?</p> <p>Este acontecimento trouxe mudanças para ti? Na forma como vês a tua vida? Ou na forma como te relacionas com os outros?</p> <p>Consegues retirar algo de positivo que esta situação difícil possa ter trazido para a tua vida?</p>

Anexo II – Consentimento Informado



CONSENTIMENTO INFORMADO

Foi solicitada a sua participação numa investigação realizada por Filipa Inês Coimbra Anjos Barbosa da Silva, orientada pela Professora Doutora Maria Teresa Ribeiro, e coorientada pela Doutora Joana Faria Anjos, no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica Sistémica da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, que tem por objetivo investigar como os indivíduos reagem perante situações exigentes e/ou potencialmente traumáticas, nomeadamente o encarceramento.

Solicita-se a sua participação nesta investigação respondendo a algumas questões. A sua colaboração é essencial.

Os dados recolhidos e as suas informações são confidenciais. Os resultados serão codificados e utilizados apenas no âmbito deste estudo. O conteúdo da entrevista será gravado e destruído após o término da investigação. No fim do estudo, poderá ser-lhe fornecida uma breve informação sobre os resultados, através do e-mail: fsilva@campus.ul.pt.

A sua participação é voluntária, pelo que poderá interrompê-la a qualquer momento. Ao assinar este documento, declara ser maior de idade e ter conhecimento de todas as indicações anteriormente referidas.

A Investigadora Responsável

O Participante

___/___/_____

___/___/_____

Anexo III – CD-RISC

POR FAVOR COMPLETE COM CANETA PRETA.

Connor-Davidson - Escala de Resiliência (CD-RISC)

iniciais do nome BI data / /

idade estado civil ☐ casado(a) ☐ separado (a) ☐ viúvo(a)
☐ solteiro(a) ☐ divorciado(a)

SEXO

☐ masculino ☐ caucasiana ☐ asiática
☐ feminino ☐ raça ou origem étnica ☐ africana ☐ outra

Por favor indique até que ponto concorda com as seguintes afirmações enquanto se aplicam à sua realidade e a si nesta última semana. Se alguma destas situações não ocorreu recentemente, responda de acordo com o que pensa que teria sentido caso tivessem ocorrido.

	não verdadeira	raramente verdadeira	às vezes verdadeira	geralmente verdadeira	quase sempre verdadeira
1 Eu sou capaz de me adaptar quando ocorrem mudanças.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
2 Eu tenho pelo menos uma relação próxima e segura que me ajuda quando estou sob stress.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
3 Quando não existem soluções óbvias para os meus problemas, por vezes o destino ou Deus podem ajudar.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
4 Eu consigo lidar com qualquer coisa que aconteça na minha vida.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
5 Os sucessos do passado dão-me confiança para lidar com os novos desafios e dificuldades.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
6 Eu tento ver as coisas com humor quando me deparo com problemas.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
7 Ter de lidar com o stress torna-me mais forte.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
8 Tenho tendência para recuperar rapidamente depois de períodos com doença, ferimentos ou outras dificuldades.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
9 Bem ou Mal, acredito que a maioria das coisas acontece por uma razão.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
10 Eu dou o meu melhor independentemente dos resultados que possa vir a ter.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
11 Eu acredito que posso atingir os meus objectivos, mesmo que existam obstáculos.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
12 Mesmo quando as coisas parecem não ter solução, eu não desisto.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4

iniciais do nome BI data / / visita

	não verdadeira	raramente verdadeira	às vezes verdadeira	geralmente verdadeira	quase sempre verdadeira
13 Durante momentos de stress / crise, eu sei onde procurar ajuda.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
14 Sob pressão, mantenho-me focado(a) e a pensar com clareza.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
15 Eu prefiro liderar na resolução de problemas, do que deixar que os outros tomem todas as decisões.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
16 Eu não sou facilmente desencorajado(a) pelo insucesso.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
17 Eu penso em mim como uma pessoa forte ao lidar com os desafios e dificuldades da vida.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
18 Eu consigo tomar decisões pouco populares ou difíceis com implicações para outras pessoas, se necessário.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
19 Eu sou capaz de lidar com sentimentos desagradáveis ou dolorosos como a tristeza, o medo e a raiva.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
20 Ao lidar com os problemas da vida, às vezes temos que agir por impulso, sem olhar para o porquê.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
21 Eu acredito fortemente que a vida tem um sentido.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
22 Eu sinto que a minha vida está sob o meu controlo.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
23 Eu gosto de desafios.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
24 Eu trabalho para atingir os meus objectivos independentemente dos obstáculos que encontro pelo caminho.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
25 Eu orgulho-me dos sucessos que alcanço.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4

Todos os direitos reservados. Nenhuma parte deste documento pode ser reproduzida ou transmitida de nenhuma forma, ou por qualquer meio, electrónico ou mecânico, incluindo fotocópia, ou por qualquer sistema de armazenamento ou recuperação de informação, sem permissão por escrito de Dr. Davidson: Box 3812, Duke University Medical Center, Durham NC 27710; e-mail: david011@mc.duke.edu.

Anexo IV – ICPT

I.C.P.T.

(Tedeschi & Calhoun, 1996; tradução de Sendas, Resende e Maia, 2007)

Em relação ao acontecimento em questão indique, por favor, o quanto sente que mudou em consequência desse acontecimento.

Não Mudei					
Ou	Mudei muito ligeiramente	Mudei ligeiramente	Mudei moderadamente	Mudei acentuadamente	Mudei muito acentuadamente
Mudei mas não foi devido a esse acontecimento					

Para as afirmações que se seguem, indique o grau em que essa mudança ocorreu na sua vida como resultado desse acontecimento.

Não mudei	Mudei muito ligeiramente	Mudei ligeiramente	Mudei moderadamente	Mudei acentuadamente	Mudei muito acentuadamente
0	1	2	3	4	5

1 – Mudei as minhas prioridades (mudei o valor) acerca do que é importante na vida.

2 – Dou mais valor à minha vida.

3 – Tenho novos interesses.

4 – Confio mais em mim próprio.

5 – Tornei-me uma pior pessoa.

6 – Compreendo melhor a espiritualidade.

7 – Percebo mais claramente que posso contar com as outras pessoas nos momentos difíceis.

8 – Estabeleci um novo rumo para a minha vida.

9 – Sinto-me mais próximo das outras pessoas.

10 – Agora sei até que ponto pode chegar a crueldade humana.

11 – Consigo transmitir mais as minhas emoções.

12 – Agora sei que sou capaz de lidar com situações difíceis.

13 – Sou capaz de fazer coisas melhores com a vida.

14 – Perdi muito da minha fé e crença em Deus.

15 – Aceito melhor a forma como as coisas são.

16 – Agora percebo melhor o quanto o mundo pode ser injusto.

17 – Aprecio mais cada dia da vida.

18 – Apareceram oportunidades que não teriam aparecido de outra forma.

19 – Sinto mais compaixão pelas outras pessoas.

20 – Percebi que não existem amigos verdadeiros.

21 – Esforço-me mais nos meus relacionamentos.

22 – É mais provável eu mudar as coisas que precisam ser mudadas.

23 – Tornei-me insensível aos pequenos problemas dos outros.

24 – Tenho uma fé religiosa mais forte.

25 – Descobri que sou mais forte do que pensava.

26 – Percebi que há muitos acontecimentos maus que não podemos evitar.

27 – Aprendi que as pessoas podem ser maravilhosas.

28 – Aceito melhor o facto de precisar dos outros.

Anexo V – Questionário Sociodemográfico

Questionário Geral

Idade _____ anos

Sexo Feminino ☐ ₁ Masculino ☐ ₂

Residência

Concelho _____ Distrito _____

Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____

Estado Civil

Solteiro(a) ☐ ₁

Viúvo(a) ☐ ₄

União de facto ☐ ₂

Separado(a) ☐ ₅

Casado(a) ☐ ₃

Divorciado(a) ☐ ₆

O **acontecimento vivido** alterou o seu estado civil?

Não ☐ ₁

Sim ☐ ₂

Filhos

Não ☐ ₁

Sim ☐ ₂

Número de filhos _____

Dos quais, dependentes? _____

Outras pessoas dependentes

Não ☐ ₁

Sim ☐ ₂

Quantas? _____

Actualmente vive com

Pai e mãe juntos ☐ ₁

Família Adotiva ☐ ₇

Pai ☐ ₂

Namorado(a)/Companheiro (a) ☐ ₈

Mãe ☐ ₃

Cônjuge ☐ ₉

Irmãos ☐ ₄

Amigos ☐ ₁₀

Filhos ☐ ₅

Sozinho(a) ☐ ₁₁

Outros familiares ☐ ₆

O **acontecimento vivido** alterou as pessoas com quem vive?

Não ☐ ₁

Sim ☐ ₂

Habilitações literárias

Até ao 9º ano ☐ ₁

Bacharelato ☐ ₆

Até ao 12º ano ☐ ₂

Licenciatura ☐ ₇

Frequência de Curso Profissional ☐ ₃

Pós-Graduação ☐ ₈

Frequência de Curso Universitário ☐ ₄

Mestrado ☐ ₉

Curso Profissional ☐ ₅

Outro _____ ☐ ₁₀

Situação Profissional

Estudante ☐ ₁

Trabalhador(a) empregado(a) ☐ ₃

Estudante e Trabalhador(a) ☐ ₂

Trabalhador(a) desempregado(a) ☐ ₄

Se empregado, qual a profissão? _____

O **acontecimento vivido** mudou a sua situação profissional?

Não ☐ ₁

Sim ☐ ₂

Relativamente à Religião, considera-se

Não crente ☐ ₁

Crente praticante ☐ ₃

Crente não praticante ☐ ₂

Se assinalou 2. ou 3., que religião?

Alguma vez teve acompanhamento psicológico ou psiquiátrico?

Nunca ☐ ₁

Tenho atualmente ☐ ₃

Já tive no passado

Com que idade? _____ anos ☐ ₂

Nunca tive, mas penso/já pensei que me seria útil ☐ ₄

Faz alguma medicação psiquiátrica (ansiolíticos, antidepressivos...)? Qual?

Quem prescreveu a medicação? _____

Consumo de Substâncias

O ***acontecimento vivido*** alterou o seu consumo de substâncias psicoativas?

Quais as substâncias que consumia habitualmente?

		Quantidade por semana
Tabaco	<input type="checkbox"/> 1	
Álcool	<input type="checkbox"/> 2	
Cannabis	<input type="checkbox"/> 3	
Cocaína	<input type="checkbox"/> 4	
Heroína	<input type="checkbox"/> 5	
Outra	<input type="checkbox"/> 6	
Qual? _____		

Quais as substâncias que consumiu na **última semana**?

Tabaco	<input type="checkbox"/> 1
Álcool	<input type="checkbox"/> 2
Cannabis	<input type="checkbox"/> 3
Cocaína	<input type="checkbox"/> 4
Heroína	<input type="checkbox"/> 5
Outra	<input type="checkbox"/> 6
Qual? _____	